



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A TOMADA DE DECISÃO DOS
ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA ADULTA COM FERIDA
CRÓNICA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por, Raquel Marques Silva

LISBOA

2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A TOMADA DE DECISÃO DOS
ENFERMEIROS NO CUIDADO À PESSOA ADULTA COM FERIDA
CRÓNICA**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de
mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual

Por, Raquel Marques Silva
Sob orientação do Prof. Doutor Sérgio Deodato

LISBOA

2014

“os cuidados de enfermagem são uma arte (...) esta arte não se pode limitar à soma das intervenções de cada um (...) não se trata de procurar dar sentido a cada acto, mas de inscrever o conjunto das intervenções numa perspectiva que tenha sentido para a pessoa.”

Hesbeen (2000:99)

RESUMO

Introdução: A tomada de decisão é um tema importante para os enfermeiros e para a qualidade dos cuidados. Assim, considerámos pertinente estudar a decisão de enfermagem no contexto específico, pouco investigado, do cuidado à pessoa adulta com ferida crónica.

Metodologia: O estudo parte da questão, “*Que fatores contribuem para tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica?*”. Definiu-se como objetivos específicos, identificar a tomada de decisão como autónoma ou interdependente no processo de cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, identificar os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, analisar de que modo os fatores identificados contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica e descrever o modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Optámos por uma investigação do tipo exploratório descritivo, seguindo uma abordagem qualitativa. Os dados foram recolhidos por entrevista semiestruturada, sendo aplicada aos enfermeiros que prestam cuidados a adultos com feridas crónicas, por uma técnica de amostragem não probabilística tipo *bola de neve* até à saturação dos mesmos. Na análise das narrativas, optámos pela análise de conteúdo segundo Bardin.

Resultados: Verificámos que o enfermeiro considera a sua tomada de decisão como autónoma. Identificámos vários fatores que contribuem para a tomada de decisão, tais como: avaliação do enfermeiro, recursos disponíveis, mobilização do conhecimento, recurso a terceiros, opinião do cliente, resultados de enfermagem planeados, experiência clínica, tempo disponível e segurança científica. Obtivemos dois modos de decidir no cuidado à pessoa com ferida crónica. No primeiro os participantes utilizam o processo de enfermagem, mas acrescentam as fases de construção da decisão em equipa multidisciplinar, continuidade dos cuidados e incentivo ao autocuidado do cliente e família, enquanto que, no segundo não recorrem ao processo de enfermagem, fazem-no através de uma decisão não deliberada ou por orientação de outro profissional.

Conclusão: A responsabilidade do tratamento e prevenção da pessoa com ferida crónica é atribuída ao enfermeiro, devendo este na sua tomada de decisão ter em conta vários fatores para a escolha da alternativa adequada. Todavia, pretende-se que seja um trabalho em equipa multidisciplinar, com uma visão abrangente e holística, procurando-se abandonar o conceito “ferida da pessoa”, e dando-se visibilidade “à pessoa com a ferida”.

Palavras chave: Tomada de decisão, Ferida crónica, Enfermagem, Cuidar

ABSTRACT

Introduction: Decision making is an important issue for nurses and quality of care. So, we thought it pertinent to study the decision in the specific context of nursing, poorly researched, care to adult chronic wound.

Methodology: The study starts with the question, *“Which factors contribute towards the decision making of nurses in the care of adult chronic wounds.* We defined as a specific objectives, identifying the decision-making as autonomous or interdependent in the care process of the adult with chronic wound, identify the factors that contribute to the decision making of nurses in the care of adult chronic wound, examine how the identified the factors contribute to the decision making of nurses in the care of adult chronic wound, and describe the method of decision in the care of people with chronic wound. We opted for a descriptive exploratory research, following a qualitative approach. Data was collected through semi-structured interviews, applied to nurses who care for adults with chronic wounds by a snowball type technique of non-probability sampling until saturation of the same. For the analysis of narratives, we opted for the content analysis according to Bardin.

Results: We noticed that the nurse considers autonomous decision making. We identified several factors that contribute to the decision making of nurses when providing care to people with chronic wounds, such as: evaluation of nurses, available resources, mobilization of knowledge, use of third parties, customer opinion, results of planned nursing, clinical experience, available time, scientific security. We obtained two ways to decide. The first participants use the nursing process, but added the phases decision making within multidisciplinary team, care continuity and encouragement to client and family self-care, while the second do not use the nursing process, do it through non deliberate decision or other professional decision.

Conclusion: Responsibility for the prevention and treatment of persons with chronic wounds is attributed to the nurse, in decision-making to have into account various factors for choosing the optimal alternative. However, it is intended to be a work in a multidisciplinary team with a comprehensive and holistic approach, seeking to abandon the "wound person" concept, and giving up visibility "to the person with the wound."

Keywords: Decision Making, Chronic Wound, Nursing, Caring

AGRADECIMENTOS

Antes de dar início a este estudo científico, sem querer nomear nomes, gostaria de agradecer em especial à minha querida mãe, família, namorado, amigas de longa data, colegas e amigas de trabalho e companheira de mestrado, sem eles nunca teria alcançado o que desejava.

Agradeço também todas aquelas pessoas que se atravessaram no meu caminho durante este percurso e contribuíram com reforço positivo e incentivo. Obrigada por todo apoio!

Sendo o Sr. Professor Doutor Sérgio Deodato o responsável pela orientação da dissertação, agradeço-lhe também por toda a disponibilidade, flexibilidade e cooperação em aumentar os meus conhecimentos no âmbito da investigação em enfermagem e na realização deste estudo. Os meus sinceros agradecimentos pelas horas perdidas, pela persistência e confiança que incutiu na orientação.

De mencionar que esta dissertação tem um significado especial para mim, pois é o resultado final de dois anos de trabalho, sendo o culminar de uma batalha desejada de vencer.

Como não poderia deixar de ser, obrigada a todos os participantes que se disponibilizaram a cooperar no nosso estudo, pela compreensão e disponibilidade, cujas entrevistas sinceras foram fundamentais para esta investigação.

ÍNDICE GERAL

TEMAS	PÁGINA
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	5
1. TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM: CLÍNICA E ÉTICA	5
1.1 Breve enquadramento histórico da enfermagem	5
1.2 Tomada de decisão clínica e o seu processo	8
1.3 Tomada de decisão ética e as suas fases	13
1.4 Fatores que influenciam a tomada de decisão clínica e ética	16
2. CUIDADO À PESSOA COM FERIDA	18
2.1 Avaliação global da pessoa com ferida	19
2.2 Evolução histórica do tratamento de feridas	22
2.3 Feridas crónicas: definição, fisiologia e tipologia	25
PARTE II – PROBLEMA EM ESTUDO	29
1. APRESENTAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	29
PARTE III – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
1. OPÇÕES METODOLÓGICAS	33
1.1 Questão de investigação e objetivos do estudo	33
1.2 Tipo de estudo	33
1.3 Campo de análise	34
1.4 Amostra	35
1.5 Técnica de recolha de dados	36
1.6 Análise dos dados	37
1.7 Considerações éticas	39
PARTE IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	41
2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS	42

2.1 Natureza da tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica	43
2.1.1 Intervenções autónomas	43
2.1.2 Intervenção interdependente	46
2.2 Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica	48
2.2.1 Avaliação do enfermeiro	49
2.2.2 Recursos disponíveis	53
2.2.3 Mobilização do conhecimento	56
2.2.4 Recurso a terceiros	60
2.2.5 Opinião do cliente	63
2.2.6 Resultados de enfermagem planeados	67
2.2.7 Experiência clínica	68
2.2.8 Tempo disponível	70
2.2.9 Segurança científica	72
2.3 Modo de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica	74
2.3.1 Utilização do processo de enfermagem	74
2.3.2 Ausência do processo de enfermagem	78
CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
APÊNDICES	99
APÊNDICE I – Formulário de consentimento livre e esclarecido	101
APÊNDICE II – Guião das entrevistas	105
APÊNDICE III – Categorização das entrevistas	109
ANEXOS	145
ANEXO I - Aprovação da Comissão de Ética do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa	147

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

	PÁGINA
Quadro 1- Natureza da tomada de decisão, integrado na categoria intervenções autónomas	44
Quadro 2- Natureza da tomada de decisão, integrado na categoria intervenção interdependente	47
Quadro 3- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria avaliação do enfermeiro	50
Quadro 4- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria recursos disponíveis	54
Quadro 5- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria mobilização do conhecimento	57
Quadro 6- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria recurso a terceiros	61
Quadro 7- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria opinião do cliente	63
Quadro 8- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria resultados de enfermagem planeados	67
Quadro 9- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria experiência clínica	69
Quadro 10- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria tempo disponível	71
Quadro 11- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria segurança científica	72
Quadro 12- Modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria utilização do processo de enfermagem	76
Quadro 13- Modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria ausência do processo de enfermagem	79
Figura 1- Diagrama conclusivo	80

INTRODUÇÃO

Este trabalho pretende ser a expressão escrita da dissertação proposta no Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Os seus objetivos são: descrever o enquadramento concetual, referente ao estado atual de conhecimentos; explicar as escolhas metodológicas do estudo realizado; analisar os dados do estudo; discutir os resultados e concluir acerca dos fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica.

A temática “tomada de decisão” tem sido abordada em vários estudos estrangeiros¹ e nacionais². Optámos pela escolha deste tema, devido ao crescente interesse referido na literatura em aprofundar conhecimento acerca do mesmo. Como referem Jesus (1999, 2004), Neves (2002, 2005) e Fonseca (2006), a temática tomada de decisão clínica carece de investigação que explore diferentes perspetivas deste fenómeno em contextos reais, como é o caso concreto, no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. A tomada de decisão necessita ser fundamentada, pelo que, considerámos oportuno, estudar os fatores que contribuem para a decisão do enfermeiro.

A inquietação que impulsionou este estudo foi o contexto da experiência clínica, concretamente na observação do desempenho dos enfermeiros. Como nos referem os autores Hagbaghery et al. (2004), a importância de estudar os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros, é fundamental para os gestores e professores adotarem estratégias para melhorarem, quer o ambiente de trabalho, quer as práticas educacionais.

O enfermeiro é um elo fundamental no cuidado à pessoa portadora de ferida e a sua tomada de decisão não deve ser mecanizada, olhando apenas para a ferida (ao invés de avaliar a pessoa com ferida) como alvo preferencial de atenção e cuidados, numa atitude puramente reducionista, relegando para segundo plano a visão da pessoa enquanto ser holístico (Furtado et al., 2001). Um dos grandes desafios do enfermeiro é a tomada

¹ Lamond&Farnell, 1998; Hallett et al., 2000; Dowding&Thompson, 2003; Hagbaghery et al., 2004; Melnyk, 2004; Bakalis&Watson, 2005; Florin, 2007; Crabtree, 2009; Traynor et al., 2010; Parsonage, 2010.

² Jesus, 1999, 2004; Neves, 2002, 2005; Nunes, 2006, 2011; Fonseca, 2006; Nunes, F., 2007; Deodato, 2008, 2010; Campos&Graveto, 2009; Reis, 2009; Martins, 2010.

decisão adequada e adaptada à pessoa com ferida crónica, pois implica uma escolha baseada em evidência científica, competências e experiência, e não apenas a troca de penso.

Na sociedade atual, deparamo-nos com a expectativa de uma vida mais longa, que é reconhecida como uma das maiores contribuições oferecidas pela civilização moderna. No entanto, a melhoria da qualidade de vida não acompanha necessariamente o aumento dos anos de vida, pelo contrário, as populações envelhecidas podem desenvolver problemas relacionados com a longevidade, como por exemplo o aparecimento de feridas (Dealey, 2006; Baranoski & Ayello, 2006; Ferreira et al., 2006; Harrison, 2006; Casey, 2012). Fruto desta realidade, como afirmam os autores Menoita et al. (2012), as projeções para Portugal para o ano 2050 apontam para 31,9% de pessoas idosas, tornando-se o quarto país da União Europeia mais envelhecido. O que anteriormente foi exposto fundamenta o facto de nos direcionarmos para o cliente adulto. Neste trabalho, optámos pelas feridas crónicas, pois têm um impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos, surgindo maioritariamente na pessoa adulta/idosa e implicando custos para o Serviço Nacional de Saúde, sendo, ao mesmo tempo, um desafio sempre presente na prática de enfermagem (Dealey, 2006; Baranoski & Ayello, 2006; Ferreira et al., 2006).

Existe claramente uma necessidade de investigação na área da tomada de decisão no tratamento de feridas, de modo a que a enfermagem aprenda a justificar as suas decisões pelas intervenções autónomas, e não por mera rotinização de um ato ou indicação de outrem. São precisos estudos para capacitar os enfermeiros a refletirem no processo de tomada de decisão, para garantir elevados padrões de qualidade (Neves, 2005; Nunes 2006).

No sentido de definir o problema de investigação, realizámos uma revisão da literatura através da plataforma EBSCO. Constatámos escassos estudos publicados sobre o assunto realizados em Portugal e no estrangeiro, existindo apenas seis que se aproximam da problemática que se pretende estudar. Até ao momento, apenas se identificaram alguns fatores, mas não conhecemos de que modo os fatores identificados contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Assim sendo, a revisão da literatura confirmou que é necessária mais investigação e o presente estudo tenta preencher esta lacuna do conhecimento corrente.

Para delimitar corretamente a área problemática em estudo torna-se essencial reduzi-la a uma dimensão viável, pelo que a formulámos através de uma questão de investigação. A questão de partida foi: “*Que fatores contribuem para tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica?*”.

É igualmente importante definir os objetivos a alcançar. Assim, como objetivo geral do estudo, pretendemos conhecer os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. E como objetivos específicos para esta investigação considerámos, identificar a tomada de decisão como autónoma ou interdependente no processo de cuidado à pessoa adulta com ferida crónica; Identificar os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica; Analisar de que modo os fatores identificados contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica; E descrever o modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica.

Tendo em conta o conhecimento limitado neste domínio, optámos por uma investigação do tipo exploratório descritivo, seguindo uma abordagem qualitativa.

Os dados foram recolhidos por áudio, através de entrevista semiestruturada, sendo aplicado aos enfermeiros que prestam cuidados a adultos com feridas crónicas, por uma técnica de amostragem não probabilística tipo *bola de neve* até à saturação dos mesmos. A análise de conteúdo segundo Bardin, foi a que utilizámos para a análise dos dados.

O trabalho encontra-se redigido segundo o novo acordo ortográfico da língua portuguesa e as referências bibliográficas conforme a norma APA 5ª edição.

Com o intuito de uma melhor assimilação dos conteúdos o trabalho apresenta-se estruturado e dividido em quatro partes. A primeira parte diz respeito à revisão da literatura, onde são expostos alguns conceitos considerados importantes para o estudo, para definir a perspetiva segundo a qual o problema de investigação será abordado, colocando o estudo num contexto significativo; A segunda expõe o problema em análise; A terceira parte descreve a metodologia de pesquisa; A quarta refere-se à apresentação e análise dos dados obtidos e discussão dos resultados, tendo como suporte a literatura encontrada; Por último, é referida a conclusão, onde expomos os pontos essenciais do presente estudo e quais as conclusões que podemos retirar a partir do mesmo, bem como as limitações e as sugestões para estudos futuros.

PARTE I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Em qualquer trabalho de investigação, o estado do conhecimento atual é um aspeto bastante relevante, pois elucida o investigador acerca dos acontecimentos existentes e que estão diretamente relacionados com o tema em estudo. Do mesmo modo, também a clarificação dos conceitos usados, são fundamentais em qualquer estudo. Assim, realizámos uma pesquisa bibliográfica que orienta na ordenação dos conceitos, a qual irá servir de base teórica para a análise da problemática exposta.

1. TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM: CLÍNICA E ÉTICA

Neste capítulo, o nosso objetivo é, precisamente, sintetizar todo o processo de tomada de decisão clínica e ética da profissão de enfermagem de forma a esclarecer os contornos dos conceitos associados a esta temática. Pretendemos também abordar de uma forma resumida alguns aspetos importantes da história profissional, da construção do processo de prestação de cuidados assim como do exercício profissional, no sentido de melhor compreender como evoluiu o conceito de tomada de decisão em enfermagem.

1.1 Breve enquadramento histórico da enfermagem

A enfermagem enquanto profissão com formação certificada, teve início apenas no começo do século XIX, podendo-se afirmar que ainda tem uma história recente (Edwards, 1999). Assim, “Necessita da infusão de novas ideias para explicar o seu lugar na história e a sua direcção futura” (Streubert & Carpenter, 2002:237).

Em relação ao processo de profissionalização, a enfermagem portuguesa emerge como um caso exclusivo na Europa, uma vez que possui um único profissional, a partir de um ciclo único de formação, desde o final da década de setenta (Amendoeira, 2005 Cit. por Mendes & Mantovani, 2010).

A profissão de enfermagem centra-se,

“Na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades) (...) possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, a

relação terapêutica (...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades”(Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro).

O percurso da enfermagem foi-se alterando com o passar do tempo, pois na sua conceção incidia na doença e no curar, passando a preocupar-se com a prevenção, a pessoa holística e o ambiente (Lopes & Santos, 2010), caminhando assim do curar ao cuidar. Também o termo pessoa, evolui para cliente, como alvo dos cuidados de enfermagem. Cliente como pessoa ativa, que compactua com os cuidados do enfermeiro e estabelece uma relação com ele, e não apenas aquele que paga (visão economicista) (Deodato, 2010).

A necessidade de um conhecimento científico próprio e a exigência de competências relacionais dos enfermeiros, tidas como essenciais, foram sempre duas vertentes fundamentais na procura da especificidade da enfermagem (Henderson, 1969).

Na década de 90 do século XX, em Portugal, é aprovado o regime legal da carreira de enfermagem (Decreto-Lei n.º437/91, de 8 de novembro) e a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – (REPE), (Decreto-Lei n.º161/96, de 4 de setembro) que enumera e explica os conceitos, intervenções e áreas de atuação, bem como as regras básicas e os direitos e deveres dos enfermeiros e reforça os valores da prática de cuidados e da educação (Serrano, 2008). Em 1998 dá-se a criação da Ordem dos Enfermeiros, que se constitui enquanto “uma associação profissional de direito público, que, em Portugal, promova a regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem”(Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pela Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro). Este processo constituiu-se como fundamental na construção da identidade profissional.

Decorrentes da existência da Ordem, atualmente, inclui-se o Regulamento do Exercício do Direito à Objeção de Consciência (2000), o enquadramento conceptual e Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem (2003), assim como as competências do enfermeiro de cuidados gerais (2003) e as orientações emanadas pela Ordem (Nunes, 2007). Também com a integração do ensino de enfermagem no ensino universitário e a aquisição de graus académicos mais elevados, o investimento na investigação,

permitiram afirmação da enfermagem nas suas dimensões académicas e profissionais (Nunes, 2003).

De acordo com artigo 4.º do REPE, “As intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes – e a diferença está no prescritor, em quem inicia o processo de prescrição de cuidados. Por isso, diria que os enfermeiros prestam cuidados sempre de forma autónoma” (Nunes, 2006:10).

Assim, segundo o mesmo regulamento são autónomas as intervenções “Realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria”. Entenda-se por intervenções interdependentes as “Realizadas pelos enfermeiros (...) em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (Deodato, 2008:50).

Segundo Nunes (2006:10), “O enfermeiro não é o profissional que age por indicação de outrem. A interdependência configura-se simplesmente em relação ao início do processo prescritor e mesmo quando outro profissional prescreve, é o enfermeiro que assume a responsabilidade pelos seus próprios actos (e pelas decisões que toma)”.

A mesma autora acrescenta ainda, “O dever é co-responsabilizar-se e trabalhamos em articulação e complementaridade sendo que as nossas decisões quanto aos cuidados e a nossa responsabilidade perante as pessoas de quem cuidamos não apenas nos pertencem como nos constituem profissionalmente”(2006:10).

O não reconhecimento social da profissão e de outros profissionais de saúde faz com que a autonomia profissional seja algo que não foi atingida na sua plenitude, como nos diz o estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem dos autores Gomes e Oliveira (2004). Nesta linha de pensamento Amendoeira (2004), afirma que a enfermagem assume-se numa área de saber útil à sociedade, mas que ainda não é reconhecida como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção. A este facto se deve, como nos diz Ferreira (2005), que valores como vocação e a subordinação ainda atualmente subsistem a par da emancipação e da autonomia.

O obstáculo da enfermagem para descrever e fundamentar perante outros colegas e profissionais de saúde as suas decisões pelas intervenções autónomas, prejudica a visibilidade das intervenções de enfermagem, levando à consequente transferência de decisões e responsabilidades para outros profissionais, o que contribui para a desvalorização e pouca visibilidade da ação de enfermagem em contexto clínico e em tudo o que se relaciona com o processo terapêutico do cliente (Neves, 2005), principalmente numa área tão autónoma de enfermagem - o cuidado à pessoa com ferida.

Para alcançarem a autonomia desejada os enfermeiros terão de refletir sobre o seu desempenho e desenvolver estratégias de mudança que os vão qualificar e valorizar, fundamentando assim a autonomia e identidade profissional ambicionada (Ribeiro, 2011). Para que a enfermagem seja efetivamente uma profissão autónoma, é determinante que os enfermeiros assumam os riscos inerentes às tomadas de decisão, exerçam a sua responsabilidade com base na deontologia profissional, tendo sempre presente a defesa dos direitos dos clientes e contribuam ativamente, quer na definição das políticas de saúde, quer nas estratégias organizacionais para a sua concretização (Martins, 2010).

Na literatura consultada verificou-se que a expressão “tomada de decisão” é muitas vezes usada para “tomada de decisão clínica”. No entanto, não fazemos essa analogia, pois apesar da tomada de decisão clínica e ética caminharem lado a lado, são conceitos distintos e por esse motivo vamos abordá-los separadamente.

1.2 Tomada de decisão clínica e o seu processo

O conceito “tomada de decisão clínica” de enfermagem tem sido abordada de forma crescente, a partir da década de oitenta (Jesus, 1999). A tomada de decisão clínica é um aspeto essencial da evolução da prática profissional de enfermagem (Tschikota, 1993).

São diversos os autores que definem este conceito, no entanto, a maioria reporta-se ao conceito tomada de decisão clínica de enfermagem como: destreza dos enfermeiros, tendo por base o seu raciocínio clínico, em optarem entre duas ou mais alternativas, a melhor intervenção face a uma situação-alvo que necessita de cuidados, ou para atingir um determinado fim ou resultado desejado (Benner & Tanner, 1987; Ciampone, 1991;

Lamond & Farnell, 1998; Thompson, 1999; Jesus, 1999, 2004; Buckingham & Adams, 2000; Hallett et al., 2000; Dowding & Thompson, 2003; Neves, 2002, 2005; Silva, 2003; Hagbaghery et al., 2004; Melnyk, 2004; Bakalis & Watson, 2005; Fonseca, 2006; Florin, 2007; Nunes F., 2007; Campos & Graveto, 2009; Reis, 2009; Parsonage, 2010; Martins, 2010; Traynor et al., 2010; Almeida et al., 2011).

O regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais elaborado pela ordem (2012:5-6) refere que a tomada de decisão,

“Implica uma abordagem sistémica e sistemática, (...) o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados”.

A tomada de decisão é vista como um processo cognitivo para chegar a uma decisão, pois implica a escolher entre várias hipóteses (Yates, 1990 Cit. por Tariman et al., 2012). Os autores Tariman et al. (2012), referem que é o equilíbrio entre os riscos e benefícios das várias opções.

Nesta perspetiva, processo de enfermagem é também referido na bibliografia por processo de prestação de cuidados (Jesus, 2004). Neves (2005), refere que é um processo dinâmico, flexível e contínuo, que abarca fenómenos individuais e sociais, baseados em factos, valores e crenças que terminam numa escolha. Para a mesma autora, é um ato que está sempre presente e constante na nossa vida pessoal, social e profissional.

Thompson (1999:1222) refere que, "Relativamente ao processo de decisão na enfermagem, numerosas expressões têm sido utilizadas pelos autores para o que é, na essência, o mesmo fenómeno: decisões tomadas por enfermeiros, relacionadas directamente com diagnósticos de enfermagem ou intervenções em contextos clínicos".

É explícito, que a decisão, não pode ser dissociada da prática baseada na evidência, como refere a Ordem dos Enfermeiros (2012). No processo da tomada de decisão e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

É importante o enfermeiro não se deixar levar pelas práticas rotinizadas, mas sim treinar a sua capacidade reflexiva aliada à investigação (Jesus, 1999).

As decisões em enfermagem são complexas, como nos diz Jesus (1999,2004) e Neves (2002). Tal afirmação é feita devido às características de cada cliente, aos múltiplos problemas, sinais e sintomas que cada um apresenta que necessitam de ser interpretados e também porque a maioria das decisões têm que ser tomadas em contextos de incerteza, com informação escassa e ambígua. Mesmo o facto de não se decidir é uma decisão, porque para optar por essa solução tiveram que ser analisadas várias hipóteses e optou-se por não se escolher nenhuma, logo foi uma decisão (Bandman & Bandman, 1994 Cit. por Neves, 2002).

Crescentemente a má prática e decisões que levaram a essa má prática estão a ser cada vez mais contestadas e menos aceites pelas instituições e clientes. Assim, cabe aos enfermeiros justificarem e responsabilizarem-se pelas decisões tomadas para com e em nome dos seus clientes. A prática baseada na evidência e o desenvolvimento de decisões claras, racionais e solidificadas no conhecimento são obrigação de todos os profissionais de saúde (Nunes F., 2007).

No estudo de Hagbaghery et al. (2004), sobre os fatores facilitadores e inibidores da tomada de decisão clínica, os autores concluíram que a competência do enfermeiro é um fator chave na tomada de decisão clínica. Estas competências são adquiridas pelo conhecimentos, habilidades e experiência profissional.

Segundo Neves (2005:2), “O que cada enfermeiro transpõe para o momento da decisão têm um carácter de unicidade”, ou seja, o que leva o enfermeiro a decidir-se por determinada intervenção é resultado das suas experiências, conhecimentos, princípios, valores e crenças – “o saber ser e estar na vida”. Para os enfermeiros desenvolverem competências nesta área e ensinar aos outros, é essencial compreender as diversas dimensões de processo de tomada de decisão em enfermagem (Neves, 2002). Tomar decisões em enfermagem é, como já foi referido, também um caminhar para profissionalização e autonomia profissional (Neves, 2002). Este facto pode constatar-se no estudo desenvolvido por Ribeiro (2011), sobre autonomia profissional dos enfermeiros, que conclui que os enfermeiros que expressam maior capacidade para tomar decisões no seu quotidiano profissional são aqueles que apresentam uma maior perceção do seu nível de autonomia.

A tomada de decisão é indissociável do conceito de autonomia e da resolução de problemas, pois quando se decide o objetivo é deliberar face a uma situação mais ou menos problemática, com a máxima eficiência e eficácia para se atingir o resultado esperado ou próximo dele (Jesus, 1999). No entanto, Neves (2005), acrescenta que nem todas as decisões levam à resolução de problemas, pois muitas vezes não se consegue eliminar apenas atenuar.

Os problemas podem ser considerados sobre o ponto de vista ético e científico³. Segundo Deodato (2010), o problema ético surge com a incerteza sobre a prática de um ato, que consiste num cuidado de enfermagem. Na identificação do problema ético, o enfermeiro não se distanciou do seu campo científico, uma vez que a sua interrogação é relativa aos diagnósticos de enfermagem, formulados com o conhecimento científico de enfermagem (Deodato, 2010). Foi a decisão clínica relativa a uma pessoa em resposta aos problemas de enfermagem que deu origem ao surgimento do problema ético e consequentemente à decisão ética (Deodato, 2010). Assim, o problema de enfermagem do domínio científico e o problema ético de enfermagem do campo ético, dão origem a dois tipos de decisão diferentes que convivem na relação de cuidado estabelecida entre o enfermeiro e pessoa, pois para a sua concretização, o enfermeiro utiliza conhecimento proveniente de outras áreas do saber que convergem como fundamentos para as decisões, clínica e ética (Deodato, 2010). Em todo este processo o enfermeiro tem de refletir do que está a fazer e explicar os motivos que o levou a agir de determinada forma, para isso mobiliza uma série de processos de raciocínio, estratégias e métodos para operacionalizar o seu conhecimento e tomar decisões válidas (Neves, 2005; Nunes, 2006).

Existem várias teorias na tomada de decisão que para Nunes (2006), são designadas por descritivas, prescritivas e normativas, que pretendem abordar os vários modelos teóricos que emergiram numa tentativa de se perceber os processos cognitivos envolvidos nos processos de tomada de decisão.

³ *Problema científico* como necessidade humana básica alterada, como défice de autocuidado ou como alteração nas respostas humanas relativas às transições, consoante esteja inserido os pressupostos subjacentes (Deodato, 2010).

Na literatura consultada verificou-se que tem sido apontada uma variedade de modelos de decisão clínica na enfermagem, sendo os mais usados, os normativos e descritivos. Todos eles se enquadram em duas categorias teóricas: o "sistemático-positivista" e o "intuitivo-humanista", contendo ambos pontos fortes e pontos fracos, tendo concluído que nenhum dos modelos oferece uma explicação perfeita que represente o processo de tomada de decisão clínica em enfermagem (Thompson, 1999; Jesus, 1999, 2004; Buckingham & Adams, 2000; Neves, 2005; Crabtree, 2009; Parsonage, 2010).

Para Thompson (1999), a principal diferença entre as categorias "sistemático-positivista" e o "intuitivo-humanista" encontra-se na motivação que orienta ao ato de decidir. Na primeira, as principais motivações em qualquer decisão são as relacionadas com as características principais, como por exemplo a quantidade de informação disponível, tipo de tarefa, etc. Na segunda, a força principal de qualquer decisão são as causas individuais envolvidas na situação. No entanto, segundo Brooks e Thomas (1997) Cit. por Jesus (2004), referem que todos os estudos realizados tem em comum o foco do particularismo, em prejuízo do holismo. Este autor, recomenda estudos sobre as variáveis pessoais dos enfermeiros na forma como tomam decisões, incluído todos os processos de julgamento.

Da junção das duas categorias, "sistemático-positivista" e a "intuitivo-humanista", surge o processo de contínuo cognitivo, em que a decisão é baseada na harmonia do racional e analítico com o intuitivo, que se encontram em polos diametralmente opostos. As decisões são tomadas em função dos dados disponíveis (ainda que sejam poucos), do tempo para a tomada de decisão e da informação ser visual ou transmitida (Dowding & Thompson, 2003; Thompson et al., 2004). A utilização do enfermeiro da abordagem racional ou intuitiva no processo de decisão são influenciadas pela posição que a tarefa de decisão ocupa no contínuo. Assim, se a tarefa for pouco estruturada, existir muita informação clínica e pouco tempo para tomar decisões, aproximamo-nos no polo da intuição no processo cognitivo. Caso contrário, perante uma atividade bem estruturada, existir pouca informação clínica e muito tempo para tomar decisões, o processo cognitivo torna-se mais racional e analítico (Thompson et al., 2004; Jesus, 2004).

Os autores O'Neil e Dluhy (1997) Cit. por Jesus (2004), desenvolveram um estudo num modelo de desenvolvimento de competências que referem que abordagem racional ou intuitiva do enfermeiro experiente ocorre através do contínuo. O raciocínio é incerto,

dependente da natureza do problema e do conhecimento do enfermeiro em relação a ele. Se o enfermeiro tiver uma representação mental do problema, o raciocínio intuitivo irá predominar. Se não, o enfermeiro experiente reverterá para o modo de pensamento analítico.

A profissão de enfermagem ao adotar a metodologia científica nos cuidados de saúde e desenvolver intervenções nos domínios do observar, do analisar, do formular problemas ou diagnósticos de enfermagem, do conceber e implementar intervenções criativas para resolver os problemas e do avaliar os resultados sem preconceitos para rever as intervenções, designa-se assim o processo de enfermagem (Adams, 1999 Cit. por Jesus, 2004; Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Em síntese, no processo de tomada de decisão clínica várias etapas devem ser percorridas. As etapas por vezes estão ligadas de tal forma que é difícil estabelecer o término entre elas, o que leva com que a sequência com são utilizadas nem sempre seja a mesma, mas independentemente do seguimento, a exatidão de cada uma depende sempre da precisão da anterior (Neves, 2002, 2005). Podem variar consoante o tipo e complexidade da decisão, como também o contexto, os clientes, a responsabilidade pessoal e individual e a experiência de quem decide (Martins, 2010).

Assim, o reconhecimento das etapas do processo de tomada de decisão permite a consciência das suas certezas e limitações, até mesmo a omissão no próprio processo, incentivando a aquisição de habilidades necessárias para melhorar os pontos fracos, que evitam decisões erradas (Meroi, 2005 Cit. por Almeida et al., 2011).

1.3 Tomada de decisão ética e as suas fases

Segundo Smurl (1988) Cit. por Deodato (2010:24), tomada de decisão ética “É um processo que envolve competência e arte”. A tomada de decisão ética emerge na relação de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa, família e comunidade para dar resposta aos problemas identificados, tendo por base a análise dos princípios e valores que se aplicam ao caso. É no confronto com uma situação, que gera incerteza na intervenção apropriada que põe em causa proteção individual da pessoa, que se origina a tomada de decisão ética em enfermagem. Não basta a constatação que algo de diferente ocorre na

proteção da pessoa/família ou comunidade, mas também a valoração⁴ pessoal do enfermeiro de que alguma situação pode afetar a dignidade ou direitos da pessoa (Deodato, 2008, 2010).

Formalmente na tomada de decisão ética partimos dos princípios éticos hoje aceites em cuidados de saúde (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não-maleficência), assim como dos valores profissionais enunciados no Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 78.º, n.º2 da atual Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro (igualdade, liberdade responsável, verdade, justiça, altruísmo, solidariedade, competências e aperfeiçoamento profissional) e também dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros prescritos igualmente no Código Deontológico no artigo 78.º, n.º3, “a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade”, o “respeito pelos direitos humanos” e a “excelência do exercício” (Deodato, 2008).

Considerando o processo de enfermagem como um processo contínuo que dá lugar a um ciclo composto por avaliação inicial, diagnóstico, planeamento de resultados e intervenções, prestação do cuidado e avaliação final, a decisão ética interrompe este processo ao interrogar a intervenção. Provoca um corte no desenrolar deste processo metodológico, não sendo possível a sua concretização com a execução do cuidado que seria esperado (Deodato, 2010). A decisão ética de enfermagem é aquela que é construída pelo enfermeiro através de uma atividade mental, que é desencadeada pelo confronto com um problema ético de enfermagem. Esta construção desenrola-se em diversas fases, podendo verificar-se alguma sobreposição no tempo e mesmo um retomar de uma fase anterior (Deodato, 2010). Na procura das soluções não se incorpora o método de tentativa e erro, pois não são eticamente aceitáveis tentativas danosas da dignidade humana (Deodato, 2008).

Na bibliografia consultada, verificamos que Thompson et al. (2004) Cit. por Deodato (2010:25) propõem um modelo explicativo para o processo de tomada de decisão ética, intitulado por “*modelo DECIDE*”, que inclui 6 etapas. Uma primeira (“*definir o problema*”) destinada à identificação do problema a que se segue uma segunda fase (“*estudo ético*”) de procura dos princípios éticos que ajudarão a encontrar a solução adequada. Uma terceira etapa (“*considerar opções*”) é destinada à análise das diversas alternativas possíveis de solução e uma quarta (“*investigar os resultados*”) tem por fim

⁴ Auto inclusão na esfera da competência profissional, valora-o, no sentido em que lhe atribui significado e importância, através da consciência de que algo não está bem. (Deodato, 2010).

identificar os resultados possíveis para cada uma das alternativas consideradas. A quinta etapa deste processo (*“decidir sobre a ação”*) é destinada à decisão e à implementação da ação decidida e na sexta e última (*“estimar/avaliar os resultados”*) o enfermeiro avalia o resultado final da sua ação. Desta forma, segundo os autores, seguindo um contínuo de passos, tendo em conta que a construção da decisão é iniciada com a identificação de um problema ético e termina com a prática de um ato ou de uma omissão, o enfermeiro encontrará a melhor solução para os problemas éticos que lhe surgem no seu exercício profissional.

Nunes (2011:141), refere que todo este processo segue metodológica e genericamente os mesmos passos: “análise dos factos, identificação do dilema ético envolvido, estudo dos possíveis cursos de ação, avaliação das implicações éticas inerentes a cada um deles, tomada de decisão e justificação ética”.

Deodato (2010:167), no seu estudo conclui que “em cada fase é possível circunscrever sobre o que ela se ocupa, mas não é possível determinar um período de tempo único, uma vez que a mesma fase pode ocorrer em mais do que um momento”. Adotamos a definição do autor e referimo-nos às fases da tomada de decisão ética e não processo da tomada de decisão ética. Estas fases “são relativas a atividades mentais ou de discussão com outros, em tempos que antecederam a realização da ação. Desde a identificação do problema ético até à concretização da intervenção que foi decidida, emergiram estas atividades de construção da decisão, que foram possíveis separar” (Deodato, 2010:107). As fases para Deodato (2010), são: identificação do problema ético de enfermagem, envolvimento da pessoa e dos seus familiares na decisão, construção da decisão em equipa, ponderação dos fundamentos para a decisão, decisão segundo os fundamentos escolhidos, agir conforme os fundamentos utilizados e avaliação da decisão.

Em suma, existem vários modelos de decisão ética de enfermagem que podem ser adotados e ter utilidade. No entanto, nenhum assegura que de chegue à *“decisão certa”* ou a fórmula perfeita. Cada enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos de ética, a sua experiência de vida, a sua sensibilidade moral, as suas habilidades e capacidade cognitivas e de raciocínio, assim como a sua personalidade em relação às motivações e mundividência para tomar a sua decisão (Sarah Fry, 1994 Cit. por Nunes, 2011).

1.4 Fatores que influenciam a tomada de decisão clínica e ética

A tomada de decisão clínica e ética em qualquer contexto, prestação de cuidados em geral ou especificamente no cuidado à pessoa com ferida, é influenciada por vários fatores. Tomamos decisões pelos contornos do saber ser e estar na vida pessoal e profissional como nos refere Neves (2002), pelas competências que adquirimos e pela natureza dinâmica e incerta do ambiente de cuidados de saúde. Assim, pode afirmar-se que no processo decisório intervêm fatores internos (individuais) e externos (contextuais/ambientais) ao indivíduo (Benner & Tanner, 1987; Lamond & Farnell, 1998; Jesus, 1999, 2004; Hallett et al., 2000; Neves, 2002, 2005; Hagbaghery et al., 2004; Nunes, 2006, 2011; Fonseca, 2006; Benbow, 2006; Nunes, F., 2007; Deodato, 2008, 2010; Reis, 2009; Reinhardt & Keller, 2009; Gaspar et al., 2010; Friman et al., 2011; Casey, 2011, 2012).

Esta questão suscitou o nosso interesse no contexto da prestação de cuidados à pessoa portadora de ferida crónica, pelo que será um dos nossos objetivos de estudo. Neste enquadramento concetual, os fatores aqui mencionados reportam-se aos cuidados de enfermagem no seu geral.

Os fatores que contribuem para a tomada de decisão podem ser considerados facilitadores, ou por outro lado, podem ser barreiras/inibidores neste mesmo processo (Hagbaghery et al., 2004).

No conjunto, dos fatores contextuais/ambientais, ou seja, externos ao enfermeiro, podemos considerar os inerentes à natureza e ao contexto da atividade, complexidade do problema ou da situação a resolver, nível de risco envolvido, características dos clientes, recursos disponíveis, intensidade de trabalho, as fontes de informação, tempo disponível e fatores de stress, como por exemplo a existência de uma equipa inadequada e de conflitos interpessoais (Benner & Tanner, 1987; Jesus, 1999, 2004; Greenwood et al., 2000; Silva, 2001; Dowing & Thompson, 2003; Hagbaghery et al., 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006; Reis, 2009).

Como fatores individuais salientam-se o conhecimento e a experiência do enfermeiro, mas também o tipo de “locus de control”⁵, os valores, a flexibilidade, o género, a capacidade de pensamento crítico, a educação, o nível de compromisso, a idade, a ideologia, entre outros (Joseph, 1985; Benner & Tanner, 1987; Jesus, 1999, 2004; Hagbaghery et al., 2004; Neves, 2005; Nunes F, 2007; Fonseca, 2006; Reis, 2009). Neste sentido Brooks e Thomas (1997) Cit. por Jesus (2004), referem que os processos afetivos, tais como as emoções, sentimentos e crenças, são parte da experiência da pessoa como um todo e as decisões incluem aspetos éticos dentro do processo de consciência da percepção do enfermeiro.

Neves (2005), acrescenta nos conflitos interpessoais a relação médico-enfermeiro, e que outro dos fatores é colaboração da equipa. Nesta linha de pensamento, o estudo desenvolvido por Thompson et al. (2004), referem que a maior fonte de informação são os colegas, como fonte útil e acessível à informação, em vez da pesquisa noutro formato, pois os colegas fornecem informação no contexto específico, clinicamente relevante, que tem em conta as necessidades da situação, em tempo eficiente e requer o mínimo de avaliação crítica. No entanto, esta informação pode não ser de qualidade ou válida (Thompson et al., 2004).

Um fator importante que tem sido abordado por vários autores, é a competência do enfermeiro, ou seja, o facto de ser principiante ou perito influencia a tomada de decisão. Alguns autores perceberam que o aumento dos conhecimentos e da experiência têm uma relação direta na forma como os enfermeiros tomam decisões (Benner & Tanner, 1987; Crow et al., 1995; Jesus, 1999, 2004; Neves, 2005; Fonseca, 2006).

Segundo Crow et al. (1995), nos vários domínios e especialidades da enfermagem, as decisões para a ação, passíveis de serem tomadas são de certa forma limitadas a um número de hipóteses mais adequadas ou fiáveis, fruto da experiência e da evidência. Por exemplo, um enfermeiro que trabalha diariamente numa sala de tratamentos consegue tomar as decisões mais adequadas e mais rapidamente perante uma pessoa com ferida do que um enfermeiro que trabalha num ambiente de hemodiálise. Assim se deduz, que

⁵ A percepção individual de ser mais ou menos inteligente, mais ou menos educado e mais ou menos competente influencia a forma como cada indivíduo percebe a sua visibilidade perante os outros e melhora ou não o seu desempenho. Locus-controle é a percepção individual da autoeficácia e do autoconceito (Joseph, 1985).

não é a idade que dá experiência, mas sim o ambiente e as experiências anteriores apreendidas (Nunes F.,2007).

A comunicação, tão importante na profissão de enfermagem, é outro fator valorizado capaz de influenciar a tomada de decisão. O enfermeiro tem de ser capaz de contextualizar a informação para que a possa analisar e processa-la, retirando os dados realmente importantes minimizando as interferências individuais. Como muitas vezes a informação se encontra dispersa, fragmentada e sujeita às diversas interferências, o processo de tomada de decisão será mais efetivo quando ocorre o trabalho em equipa, em que todas as opiniões são escutadas e analisadas em conjunto, sendo possível obter um consenso. Em que se toma a melhor opção fruto, não só dos recursos materiais e humanos, mas também como do tipo de cliente, do prognóstico e das diferentes intervenções e das diferentes experiências vivenciadas (Nunes F., 2007).

O processo de tomada de decisão ética, como afirmam Shelby e Hunt (2003) Cit. por Nunes (2011), é influenciado pelas características pessoais, assim como os ambientes organizacional, profissional e cultural na fase do *problema ético percebido*, na identificação das *alternativas percebidas*, *consequências percebidas*, avaliação deontológica e teleológica. Deodato (2008:33), acrescenta que para além dos fatores ambientais envolvidos, a pessoa - alvo dos cuidados - é o fator que mais influencia a tomada de decisão ética, pois a pessoa é a parte integrante no processo, “o que significa que uma solução querida e consentida por uma determinada pessoa, possa ser rejeitada por outra.”

Lipp (1998) Cit. por Deodato (2010), refere que no processo de decisão ética são identificados fatores que influenciam a decisão, resultantes das atitudes dos médicos, dos colegas, dos constrangimentos organizacionais e dos limites impostos pela autonomia das pessoas cuidadas.

2. CUIDADO À PESSOA COM FERIDA

Neste capítulo procurámos dar a conhecer, a história do tratamento de feridas ao longo do tempo, o conceito de ferida crónica, assim como a fisiologia da cicatrização, o que permite compreender que o foco de atenção deste estudo é o cuidado à pessoa portadora

de ferida, e não apenas a ferida. Por este motivo, a abordagem inicia-se com avaliação global da pessoa com ferida e não com a definição de ferida.

2.1 Avaliação global da pessoa com ferida

Os cuidados de enfermagem encontram o seu alicerce e foco de atenção na promoção dos projetos individuais de saúde que cada pessoa define, vive e persegue na expectativa de os concretizar. A relação terapêutica promovida pelos enfermeiros com as pessoas alvo dos seus cuidados é, então, entendida sob a perspectiva de uma parceria, na qual respeitam as percepções e capacidades da pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, valorizando o seu papel ativo e decisório em todo este processo dinâmico, cuja meta é ajudar a pessoa a assumir uma atitude proactiva e responsável na sua saúde (Sousa, 2009).

Avaliar e cuidar de pessoas com feridas tem sido uma responsabilidade exclusiva de enfermagem (Salomé, 2009). Também Cândido (2001) Cit. por Alves et al.(2013), refere que as intervenções do enfermeiro neste contexto sobrepõem-se à dos outros profissionais da equipa interdisciplinar, uma vez que é o profissional da equipa que tem maior contato com o cliente. Contudo, é de conhecimento geral que os cuidados necessários à manutenção da integridade cutânea são complexos e exigem a atuação de uma equipa multidisciplinar (Ashton & Price, 2006).

Uma ferida que não cicatriza pode causar dor, isolamento social, desemprego ou perda de novas oportunidades, diminuição da qualidade de vida e aumento da mortalidade (Casey, 2012). Por isso torna-se fundamental o enfermeiro realizar a melhor e mais adequada avaliação global da pessoa com ferida para atingir a rápida cicatrização ou maior conforto possível.

Os enfermeiros atualmente procuram aperfeiçoar o conhecimento a fim de aumentar as suas competências, para que o cuidar da pessoa com ferida não se resuma apenas a um executar de tratamento, mas numa avaliação global e, numa terapêutica baseada no sentido holístico da pessoa (Yamada, 1999 Cit. por Lucas et al., 2008).

Segundo Benbow (2011), a avaliação holística da pessoa com ferida é um essencial pré-requisito para o êxito da gestão e resultados no cuidado. A avaliação não é sobre a ferida, mas sim sobre a capacidade inata do cliente para a cura.

Em primeiro lugar, qualquer avaliação global eficaz da pessoa com ferida, deve incidir sobre o indivíduo, tendo em conta a sua idade, nível de mobilidade, estado nutricional, antecedentes pessoais, medicação habitual, estilos de vida, problemas psicológicos, grau de dependência, perceção sobre qualidade de vida e atitude face à ferida e cura (Benbow, 2011). De seguida, o enfermeiro deve ter em conta que a cicatrização da ferida é afetada por múltiplos fatores. Estes fatores não são apenas fisiológicos, sistémicos e locais, mas também fatores económicos, relacionados com o acesso a produtos adequados e imprescindíveis ao tratamento; fatores sociais, no acesso aos recursos/sistemas de saúde; fatores espirituais, inerentes às crenças e esperança dos clientes; fatores psicoemocionais, relacionados com a motivação do cliente, a forma como reagem e lidam com o seu tratamento, bem como a forma como outros cuidadores interagem em todo este processo; e até mesmo fatores políticos, designadamente na forma como são equacionadas e postas em prática políticas de saúde que influenciam direta ou indiretamente as pessoas que necessitam de assistência e de cuidados de saúde (Popoola, 2003).

Para controlar os fatores locais que afetam a cicatrização da ferida, os princípios da preparação do leito da ferida (Falanga, 2000) que formaram acrónimo inglês TIME⁶ (Schultz et al., 2003), são abordagens sistemáticas que podem ajudar a formalizar a avaliação e podem contribuir positivamente para o tratamento ideal e individualizado da pessoa. A preparação do leito da ferida visa remover as barreiras para a cura e iniciar o processo de cicatrização. Os componentes da preparação do leito da ferida são desbridamento, o tratamento de infeção/inflamação, o controlo de exsudado e restauração de tecido de granulação saudável no leito da ferida (Enoch & Harding, 2003).

Na avaliação da ferida deve incluir-se a procura da causa subjacente e etiologia da ferida, a localização anatómica, o diâmetro e a profundidade, a dor, as características do

⁶ **T** – Tissue non-viable or deficient (Tecido não viável ou deficiente); **I** – Infection or inflammation (Infeção ou inflamação); **M** – Moisture imbalance (Exsudado em desequilíbrio); **E** – Edge of the wound non-advancing or undermine (Bordos da ferida que não avançam ou debilitados) (Schultz et al., 2003).

leito da ferida, já que a coloração que apresenta indica o estado em que se encontra a ferida, o tipo de exsudado, bordos do leito da ferida e o estado da pele peri-lesional (Rocha et al., 2006; Benbow, 2011).

Assim, avaliação inclui uma avaliação inicial e todas as alterações, intervenções e tratamentos que venham a ser realizados. A avaliação da ferida é realizada de acordo com o plano de cuidado instituído, baseando-se nas características observadas aquando das mudanças de pensos (Baranoski & Ayello, 2006).

A avaliação da ferida não pode ser encarada como uma tarefa *one-off* e apenas quando é identificada, mas sim como um processo contínuo, dinâmico, com características que mudam com o tratamento local e, mais importante, com o estado de saúde da pessoa (Benbow, 2011).

A avaliação dos parâmetros da ferida, fornece a informação necessária para uma tomada de decisão, que irá influenciar diretamente o resultado dos tratamentos instituídos. Uma observação cuidadosa origina um conjunto de informações, que contribuem para a escolha do tipo de penso a ser utilizado, relacionados quer com o cliente quer com o material (Moraes et al., 2008). Assim, a seleção do material de penso deve ser feita por uma equipa multidisciplinar, na qual todos os elementos contribuam com os conhecimentos afetos a cada área do saber (Elias et al., 2009; Casey, 2012).

É importante usar instrumentos de avaliação para fornecer informações sobre as diferentes características da ferida, de modo a permitir julgamentos precisos sobre as estratégias de tratamento, afim de melhorar os registos e desta forma, melhorar a comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar (Benbow, 2011).

Para Baranoski e Ayello (2006), não existem normas que apontem o tipo e quantidade de informação que deve ser registada em cada avaliação. Existem diversos métodos de documentação, sendo na realidade o mais eficaz aquele que, toda a equipa de profissionais preencher e considerar mais adequado.

O material de pensos com efeito terapêutico, sofreu uma evolução marcada nos últimos anos e o número de produtos disponíveis aumentou drasticamente nas últimas duas décadas (Elias et al., 2009; Casey, 2012). No Reino Unido, em 1988, havia quatro pensos disponíveis. Um ano mais tarde, havia 57 e este número aumentou para 262 em 2007 (Boateng, J. Cit. Casey, 2012). Em 2012, os materiais de pensos tinham 20

páginas em 58 categorias diferentes (UK Drug Tariff, 2012 Cit. Casey, 2012). Esta mudança relaciona-se com a evolução tecnológica da produção de materiais, com o aumento de conhecimentos sobre os mecanismos da cicatrização e com a perceção do indivíduo como um todo. Assim sendo, o cliente deixa de ser um indivíduo com uma ferida e passa a ser visto numa perspetiva holística (Elias et al., 2009).

Todo este *boom* de produtos disponíveis põe à prova os conhecimentos dos profissionais envolvidos, pois têm que tomar a decisão adequada, de forma a fazer o melhor uso dos recursos disponíveis (Casey, 2012). Sousa e Santos (2007), referem que só através da investigação, se torna possível descriminar de forma adequada todas as indicações, contraindicações, propriedades e modos de utilização dos novos materiais.

A escolha do material de penso mais adequada é complexa, devido há diversidade de propriedades de cada produto e ao facto de o mesmo material poder ser utilizado em situações distintas. Para minimizar esta dificuldade, aconselha-se o uso da investigação, mas também a observação atenta das características da ferida, do cliente e a experiência dos profissionais de saúde, que também representam fatores determinantes para uma decisão terapêutica eficaz e adequada (Sousa & Santos, 2007).

Ao longo dos tempos tem-se tentado encontrar o penso ideal, no entanto, como é evidente, não existe um penso ideal para todas as feridas, mas sim para cada tipo de ferida. Para cada pessoa pode existir um produto mais adequado do que outro (Monteiro et al., 2012).

A avaliação e tratamento da pessoa com ferida pode ser considerada rotineira, pois existem orientações nacionais/internacionais e protocolos nos serviços que guiam claramente os procedimentos a seguir. No entanto, todas as pessoas e feridas são diferentes e por vezes surgem complicações que requerem a capacidade do enfermeiro para uma tomada de decisão adequada.

2.2 Evolução histórica do tratamento de feridas

Ferida, no sentido lato, é uma lesão que dá origem a uma interrupção da integridade e funções da pele, provocada por um tipo de trauma (físico, químico ou mecânico), uma cirurgia, um processo isquémico e/ou pressão ou ainda pode ser desencadeada por uma

infecção que aciona as defesas do organismo (Baranoski & Ayello, 2006; Dealey, 2006; Sousa & Santos, 2007; Enoch & Leaper, 2008).

Desde sempre, a medicina sempre teve dois objetivos básicos: aliviar a dor e curar as feridas (Restrepo-Medrano & Soriano, 2012). Um dos textos mais antigos sobre feridas está escrito numa placa de argila e data 2200 a.C., onde estão enumerados os três gestos da cicatrização. O primeiro, era lavar a ferida para remover detritos e controlar as bactérias. O segundo, era fazer o emplastro com misturas de substâncias, usadas tal como se encontravam na natureza e aplicadas nas feridas para promover a cicatrização e a absorção do exsudado, atualmente comparado ao material de penso. A preparação destas substâncias, obedecia a prescrições “médicas” complexas, e algumas vezes apelavam à ajuda de um padre ou de um mágico. No entanto, alguns métodos consistiam simplesmente na aplicação de lama na ferida. O terceiro, era cobrir a ferida, protegê-la de novas lesões e prevenir hemorragias (Gottrup & Leaper, 2004).

A preocupação com o tratamento de feridas sempre existiu e foram descobertos manuscritos dos Egípcios que datam de 3000 – 2500 a.C., onde já mencionavam curativos à base de mel, gordura, fios de linho e diversos tipos de excrementos, malaquite (carbonato de cobre-verde) como antisséptico. Também era utilizada a carne fresca e pele de porco, para cobrir as feridas, o mercúrio como antibacteriano, ligaduras adesivas e talas de madeira nas fraturas (Zimmerman, 1961; Lindholm, 2003 Cit por Sousa, 2012). Com o Renascimento continua o domínio da influência de Hipócrates e Galeno, começa a desaparecer a força da Igreja sobre a medicina, a cirurgia começa a ganhar consistência e o misticismo e a fé cega dão lugar à razão e à lógica (Barutcu & Aydin, 2006 Cit. por Sousa, 2012). A partir do século XVIII, a Idade Contemporânea, ficou assinalada pelas descobertas realizadas na área da infecologia, intitulada era dos antissépticos. Em 1750 John Pringle, introduziu o termo antisséptico. O esclarecimento do processo de infecção veio contribuir para uma melhor compreensão do processo de cicatrização das feridas (Papi, 2004).

Ignatz Phillipp Semmelweis (1818-1865) defendeu que antes de examinar o doente, o primeiro passo seria a lavagem das mãos com água e sabão e depois hipoclorito de sódio. Investigou que a taxa de infecção baixou de 15% para valores inferiores a 1% (Cohen, 1998 Cit. por Sousa, 2012).

A relação entre bactérias e infecção ficou mais conhecida com Louis Pasteur (1822-1895), que conseguiu provar a presença de microrganismos, e conclui que a putrefação era devida à fermentação causada pelo seu crescimento (Papi, 2004). Em 1928, Alexander Fleming descobriu as propriedades antibióticas da penicilina, o que foi um marco importante para a resolução do problema de infecção de feridas (Gottrup & Leaper, 2004; Harrison, 2006).

As mudanças de penso começaram por ser realizadas pelos médicos e com o passar do tempo, essa função passou para os enfermeiros-chefes e atualmente, é uma competência de enfermagem (Dealey, 2006).

Em 1962, com George Winter, deu-se a grande revolução nos métodos de tratamentos de feridas. Demonstrou que a cicatrização em meio húmido é mais eficaz do que em meio seco (Baranoski & Ayello, 2006; Harrison, 2006).

O termo “preparação do leito da ferida”, surge em 2000 por Vincent Falanga e trouxe grandes avanços do tratamento de feridas, tendo um impacto enorme nos cuidados prestados. Refere que o sucesso na prevenção e tratamento das feridas crônicas, só era possível com um tratamento holístico prestado por uma equipa multidisciplinar (Falanga, 2000).

Os avanços técnicos e científicos no domínio do tratamento das feridas e viabilidade tecidular são notórios, segundo Baranoski e Ayello (2006), compreende-se atualmente que a cicatrização se faz em ambiente húmido, que a preparação do leito da ferida continua a ser uma importante base para a reconstrução tecidular. Algumas soluções (Solutio de Dakin, iodopovidona, peróxido de hidrogénio, ácido acético) anteriormente usadas para a limpar as feridas, estão em desuso porque destroem as células fibroblásticas que são necessárias para a reparação do tecido de granulação. A escolha de material de penso muda conforme as características da ferida mudem. A noção de que todas as feridas são iguais também tem mudado à medida que aprendemos que compreender a etiologia da ferida é essencial para cuidados apropriados. A investigação e tecnologia continuam a avançar com a ciência do cuidar de pessoas com feridas.

Historicamente, as feridas e estratégias para o cuidado têm sido associados ao progresso humano, e isso deu origem a uma gama quase infinita de métodos de tratamento (Restrepo-Medrano & Soriano, 2012).

2.3 Feridas crónicas: definição, fisiologia e tipologia

Consideramos este subcapítulo muito importante, pois é no entendimento de todos os processos fisiológicos da cicatrização das feridas, que se pode fazer uma abordagem sistémica e adaptada à pessoa, o que contribui para a tomada de decisão adequada na escolha do tratamento.

A pele é o maior órgão (1,9m² no adulto) e mais ativo do corpo humano (Dealey, 2006; Baranoski & Ayello, 2006; Gouveia et al., 2010). A pele é a primeira linha de defesa do corpo humano, pois funciona como uma barreira física, protegendo a invasão de agentes patogénicos e minimizando a absorção de substâncias nocivas (Baranoski & Ayello, 2006; Gouveia et al., 2010).

Tem diversas funções, como proteção, sensação, termorregulação, excreção, metabolismo e comunicação (Wysocki, 1995 Cit. por Baranoski & Ayello, 2006) e confere-nos a aparência pela qual somos reconhecidos pelas outras pessoas, logo é importante para as relações sociais e bom estado psicológico do indivíduo (Phipps et al., 2003).

A pele é constituída por camadas distintas de tecido, com células, funções e características diferentes. No entanto, os autores não são consensuais relativamente ao número de camadas constituintes da pele, variando entre as duas (Baranoski & Ayello, 2006; Dealey, 2006) e as três (Rocha et al., 2006; Bíró et al., 2009). A pele humana é composta pela camada epiderme e derme, e pelo tecido conetivo solto imediatamente abaixo da derme, chamado tecido subcutâneo ou hipoderme (Baranoski & Ayello, 2006).

A manutenção da integridade cutânea depende de fatores, como por exemplo, o estado geral do cliente, nutrição e hidratação, idade e tipo de pele, ambiente/clima/estilo de vida e ocupação, circulação periférica, imobilização, nível de consciência, trauma, incontinência fecal/urinária, estado metabólico, imunossupressão, sensação e fricção e forças de deslizamento (Holloway & Jones, 2006 Cit. por Gouveia et al., 2010).

As projeções para Portugal, para o ano 2050 apontam para 31,9% de pessoas idosas, tornando-se o quarto país da União Europeia mais envelhecido. Com uma população cada vez mais idosa, é de antever que haja um aumento exponencial das comorbilidades, com impacto no desenvolvimento das feridas crónicas, concorrendo

para a hospitalização, institucionalização, diminuição da qualidade de vida e do declínio funcional (Menoita et al., 2012).

O facto das feridas serem mais prevalentes nos idosos, deve-se ao processo de envelhecimento que origina inevitáveis mudanças a nível da pele, tecido subjacente, vasos sanguíneos, tornando mais vulnerável a lesões e menos capaz de lidar com a cicatrização (Benbow, 2007; Ribeiro & Cabete, 2009). A espessura total da pele diminui e consequentemente, diminui a proteção sobre os músculos e proeminências ósseas, a vascularização, as estruturas presentes, aumenta a flacidez e o aparecimento de manchas. A diminuição da junção dermo-epidérmica é uma característica da pele envelhecida, pela redução do tamanho das cristas interpapilares, diminui também a conexão entre a epiderme e a derme, aumentando assim o risco de separação das duas camadas, provocando quebras cutâneas (Baranoski & Ayello, 2006).

A cicatrização das feridas é um processo complexo, dinâmico e fisiológico através do qual o organismo restaura e restabelece as funções dos tecidos afetados (Rocha et al., 2006; Miguéns, 2010).

O processo de cicatrização da ferida consiste em quatro fases interdependentes, integradas e que se sobrepõem: hemóstase, inflamação, proliferação e maturação (Baranoski & Ayello, 2006; Enoch & Leaper, 2008).

O processo de cicatrização é afetado por múltiplos fatores, que podem ser considerados locais, que influenciam diretamente as características da ferida, e sistémicos, em que é o estado geral do cliente que interfere na capacidade de cicatrização (Enoch & Leaper, 2008). Como fatores locais temos, inadequado aporte sanguíneo, aumento da tensão da pele, drenagem venosa deficiente, presença de corpos estranhos e reações à presença de corpos estranhos, presença de tecido não viável, presença contínua de microrganismos, infeção, excesso de mobilidade local, osteomielite e transformação em lesão oncológica. Como fatores sistémicos idade avançada e imobilidade em geral, obesidade, má nutrição, deficiência de proteínas, vitaminas e sais minerais, doença oncológica ou terminal, choque, quimioterapia, medicação imunossupressora, corticoides e anticoagulantes, doença vascular periférica e vasculite, edema venoso e linfedema, doenças sistémicas, neuropatia congénita, adquirida ou secundária e doenças imunossupressoras (Enoch & Leaper, 2008).

As feridas que de algum modo falham no processo de cicatrização, quer em termos do tempo ou na forma ordenada de ocorrerem as suas fases, resultam em feridas crônicas, complexas ou feridas que não cicatrizam (Ferreira et al., 2006; Ribeiro & Cabete, 2009; Silva et al., 2009; Casey, 2012; Sharma & John, 2012), e que por essa razão necessitam de uma continuidade de cuidados proporcionada por profissionais com conhecimentos científicos e experientes (Dealey, 2006).

Reúne-se, no campo da comunidade científica, uma série de classificações com indicadores de avaliação, no entanto há ausência de consenso neste contexto. Optou-se por classificar, segundo Baranoski e Ayello (2006), em crônicas e agudas.

As feridas agudas evoluem através de um processo de cicatrização ordeiro, atempado e sem complicações com o retorno eventual à integridade anatômica funcional, reagem rapidamente ao tratamento (Lazarus, 1994 Cit. Baranoski & Ayello, 2006; Dealey, 2006).

As feridas crônicas, segundo Baranoski e Ayello (2006), Dealey (2006) e Casey (2012), são aquelas em que há déficit de tecido devido a uma lesão de longa duração ou frequente recorrência. Estas não cicatrizam facilmente e é mais provável que ocorram em idosos ou em pessoas com problemas multissistêmicos. Por vezes a cicatrização destas feridas nem sempre é possível, pelo que se torna fundamental ajudar a pessoa a alcançar o máximo de qualidade de vida e independência. Segundo a autora Casey (2012), a ferida crônica não é um diagnóstico, mas sim a manifestação de um processo de doença subjacente.

Segundo Miguéns (2010) e Sharma e John (2012), o desenvolvimento das fases do processo de cicatrização nas feridas agudas e crônicas é díspar. Para os mesmos autores, o ambiente do leito de uma ferida crônica assim como o seu exsudado têm uma constituição diferente relativamente às feridas agudas.

As feridas crônicas apresentam níveis elevados de metaloproteínases, citoquinas, aumento das células senescentes, que decompõem a matriz extracelular, associado a uma diminuição da atividade dos fatores de crescimento e da mitose celular. Geralmente o processo de cicatrização nas feridas crônicas não avança para além da fase inflamatória ou proliferativa (Sibbald et al., 2003; Enoch et al., 2006; Miguéns, 2010).

A utilização dos termos, aguda ou crónica, pretende refletir sobre a etiologia da ferida e a sua esperada cronicidade e não necessariamente, o período que a ferida se mantém sem cicatrizar (Neil, 1998 Cit. por Sousa, 2009).

O envelhecimento da população e o aumento das doenças crónicas, têm contribuído para o acréscimo da prevalência de feridas no contexto atual, cuja estimativa a nível mundial aponta para no mínimo 300 milhões de feridas agudas, 100 milhões de feridas traumáticas e 20 milhões de feridas crónicas (Boulton, 2005 Cit Ferreira et al., 2006).

A maioria das feridas crónicas e algumas agudas também podem ser classificadas como complexas. Ou seja, desafiam a equipa multidisciplinar e é difícil obter-se a sua cicatrização completa, usando tratamentos convencionais e sem o empenho da equipa multidisciplinar. Estas feridas, têm atualmente grande impacto socioeconómico (Ferreira et al., 2006).

A grande maioria das feridas crónicas pode ser dividida em 3 categorias principais – úlceras por pressão, úlceras por diabetes *mellitus* e úlceras venosas. Dentro deste último grupo de feridas (úlceras venosas), podem por sua vez, ser encontrados mais dois tipos: as arteriais e as neuropáticas (Neil, 1998 Cit. Sousa, 2009). Embora estas apresentem etiologias díspares e a tendência seja para destacar as suas diferenças, apresentam em comum surgirem na pessoa adulta/idosa (Mustoe, 2004).

Com este último subcapítulo, pretendemos destacar a importância do conhecimento sobre a fisiologia implícita na cicatrização, a causa implícita e tipo de ferida, fundamental para o enfermeiro tomar decisões.

PARTE II – PROBLEMA EM ESTUDO

Nesta parte, apresentamos e justificamos o problema em análise. O investigador escolhe um tópico amplo e vai diminuindo o âmbito da problemática, através de uma progressão lógica de argumentos (Polit & Hungler, 2004).

1. APRESENTAÇÃO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Após um processo de reflexão e pesquisa sobre o tema, concluímos que a problemática desta investigação centra-se no estudo dos fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, uma vez que esta temática suscita inquietudes quer a nível pessoal, quer a nível profissional. A inquietação teve início na experiência clínica, concretamente na observação de práticas rotinizadas; Na literatura de enfermagem, nomeadamente a escassez de bibliografia sobre os fatores que contribuem para a tomada de decisão no tratamento de feridas crónicas; E nas ideias de fontes externas, sobretudo, pensamentos que emergiram na troca de ideias com outros investigadores e colegas de profissão. Optámos também pela escolha deste tema, devido ao crescente interesse referido na literatura em aprofundar conhecimento acerca do mesmo. Segundo Jesus (2004:14), “designadamente no que se refere ao estudo da influência dos diferentes fatores intrínsecos ou extrínsecos, neste processo de decisão”. No entanto, direcionámo-nos para uma área do cuidado específico, a pessoa adulta portadora de ferida crónica.

Para identificar a produção científica de enfermagem sobre a problemática, realizámos uma revisão da literatura disponível em bases de dados internacionais, através da plataforma EBSCO: Cumulated Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) e MEDLINE. Utilizámos os seguintes descritores: Decision Making* AND Chronic Wound* AND Nursing* AND Caring*. Identificámos 59 estudos e após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, seleccionámos 6. Foram utilizados apenas os artigos com texto completo, de forma a não haver deduções dos resumos.

Os artigos numa primeira fase foram escolhidos pela pertinência do título e resumo e após se enquadrarem na problemática do nosso estudo, aplicámos os critérios de inclusão e exclusão. Os artigos incluídos foram analisados segundo: publicação de

textos completos; publicados no horizonte temporal entre janeiro de 1990 e março 2013; idioma português, inglês e espanhol; e a tomada de decisão no contexto de prestação de cuidados de enfermagem em indivíduos adultos com feridas. Os critérios de exclusão foram: trabalhos desenvolvidos no contexto da prestação de cuidados a crianças, uma vez que não se incluem no objeto do nosso estudo; e os que não enunciavam os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros.

A revisão da literatura confirmou que apenas Hallett et al. (2000), debruçaram-se sobre a problemática em estudo. Estes autores desenvolveram um estudo qualitativo, em que os dados foram recolhidos por meio de 62 entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros de cuidados de saúde primários numa área urbana no norte da Inglaterra. A interpretação dos resultados, demonstrou como os enfermeiros da comunidade tomaram decisões no cuidado à pessoa com ferida. Como resultados, obtiveram que a tomada de decisão dos enfermeiros é baseada em fontes de informação. As fontes mais importantes nomeadas pelos participantes foram: normas institucionalizadas, revistas científicas, partilha de conhecimentos, delegados de informação médica e “enfermeiros de viabilidade tecidual”. As *normas institucionalizadas* referem-se a normas claras e orientações úteis na área do tratamento de feridas. Embora estes documentos fornecidos tenham apenas ajuda mínima e básica, foram úteis para aliviar a incerteza que muitas vezes acompanha a tomada de decisão clínica. No entanto, o estudo concluiu, que podem ter a desvantagem de restringir a prática. Outra fonte de informação identificada neste estudo foram as *revistas científicas*, alguns enfermeiros envolvidos no estudo alegaram colocar um elevado valor nos resultados obtidos da investigação. Os participantes referiram como outra fonte útil, a procura de informações e conselhos de colegas - *partilha de conhecimentos*. Alguns relataram que utilizavam o conhecimento combinado, entre colegas e livros. Neste estudo, existem opiniões diversas, sobre a informação e aconselhamento que podem ser oferecidos pelos *delegados de informação médica*. Alguns participantes comentaram que esta informação poderia ser útil, porque é atual. Outros, suspeitavam da informação oferecida pelos representantes devido à investigação pouco fidedigna. Os participantes relataram que o “enfermeiro de viabilidade tecidual”⁷ é uma valiosa fonte de informações, e os seus conselhos são úteis

⁷ No Reino Unido há o enfermeiro de viabilidade tecidual (TVN- *tissue viability nurse*), que atua na comunidade e no hospital. É uma especialidade de enfermagem relativamente nova, desenvolvida nos finais dos anos 80 (Dealey, 2006).

para auxiliar a tomada de decisão clínica no tratamento de feridas. Em Portugal, não existem enfermeiros com especialidade em viabilidade tecidual. Estes dedicam-se particularmente à pessoa com ferida, e por isso, talvez fosse uma solução para a escolha da alternativa adequada.

Apesar de apenas um estudo se debruçar sobre a temática, incluímos outros dos quais extraímos alguns fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa com ferida, que passamos a apresentar por ordem cronológica.

Segundo Lamond e Farnell (1998), num estudo exploratório com enfermeiros principiantes e peritos, utilizaram simulações de situações de utentes e entrevistas com os participantes. Neste estudo examinaram a informação utilizada pelos enfermeiros peritos, a maneira como organizam o seu conhecimento e a adequação da decisão, quando consideram o tratamento das úlceras de pressão. Os resultados indicaram que os enfermeiros peritos tomam decisões mais acertadas e, igualmente, focalizam-se mais na informação que é relevante e útil para a decisão no cuidado à pessoa com úlcera de pressão. Assim, os autores concluíram que a formação no auxílio da tomada de decisão no tratamento pode ser vantajosa, como forma de tornar a decisão mais precisa.

As autoras Keen e James (2004), elaboraram o estudo de investigação-ação no hospital de Carmarthenshire, na Inglaterra, para criar um instrumento, segundo a prática baseada em evidência, para ajudar os enfermeiros na tomada de decisão sobre o tratamento de feridas. Segundo as autoras, este instrumento trouxe benefícios reais para os clientes com feridas e produziu mudanças na prática diária no cuidado à pessoa com ferida.

As autoras Ashton e Price (2006), no seu estudo transversal de *coorte*, enviaram questionários para um hospital para comparar os conhecimentos e experiência na cicatrização das feridas. Obtiveram uma taxa de resposta baixa de 31,09%. Como resultados concluíram que o conhecimento adquirido dos enfermeiros e médicos era proveniente da formação pré e pós-graduada, experiência pessoal, colegas, delegados de informação médica, jornais, enfermeiros de viabilidade tecidual, própria pesquisa e outros. Completam que a decisão no tratamento de feridas, deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar e consequentemente combinar o conhecimento atual com experiência.

Reinhardt e Keller (2009), no seu estudo de caso reconhecem que a falta de conhecimentos sobre o cuidado à pessoa com ferida leva a maus cuidados, pelo que

implementam uma mudança. Descrevem neste estudo, o sucesso dessa mudança numa organização de saúde multinacional de petróleo do médio oriente, que levou ao aumento da qualidade dos cuidados prestados às pessoas portadoras de ferida. As estratégias que levaram à mudança foram: criação de grupos de trabalho, formação dos profissionais, normas de boas práticas e instrumentos apoiados na prática baseada na evidência, envolvimento das equipas multidisciplinares e multiculturais, compra de produtos e enfermeiros na prestação de cuidados especialistas em feridas para dar formação, feedback e demonstração dos resultados no local.

Gaspar et al. (2010), verificam que, sobretudo na área da viabilidade tecidular, são identificados défices de conhecimentos que colocam em causa a boa prática no cuidado à pessoa com ferida. Desenvolvem um estudo analítico transversal numa amostra não aleatória de 78 enfermeiros com diferentes níveis de formação e experiência no tratamento de feridas crónicas. Este estudo tem como objetivo geral de desenvolver um modelo de estimação dos custos da não formação, onde foram construídos e validados casos clínicos virtuais de pessoas com feridas crónicas. Trata-se de um, modelo matemático, para estimação dos custos ótimos (baseados nas decisões clínicas ótimas) e um simulador de tomada de decisão para construir as matrizes de custos da ação (baseados nas decisões terapêuticas registadas no simulador). Concluíram que, os fatores que contribuem para a tomada de decisão do enfermeiro no tratamento da ferida crónica com impacto positivo nos resultados clínicos e económicos, são a formação acreditada e experiência profissional.

Esta revisão da literatura, com apenas um estudo qualitativo publicado sobre a temática concreta da nossa investigação e outros que não se dedicam exclusivamente à tomada de decisão dos enfermeiros neste contexto, leva-nos a concluir que estão identificados apenas alguns fatores que influenciam a decisão do enfermeiro no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. Mas não conhecemos de que modo os fatores identificados contribuem para a tomada de decisão neste contexto. Não compreendemos de que forma o enfermeiro classifica autónoma ou interdependente, a sua tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Não sabemos igualmente, o modo de decidir do enfermeiro no cuidado à pessoa com ferida crónica.

É deste ponto de partida face ao conhecimento existente, que procuramos respostas para a problemática definida neste estudo.

PARTE III – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Depois de elaborado o enquadramento concetual relativo à problemática em estudo, torna-se imperativo desenhar o percurso da investigação a efetuar. Nesta parte, descrevemos as opções metodológicas no processo de investigação.

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

1.1 Questão de investigação e objetivos do estudo

Para delimitar corretamente a área problemática em estudo, torna-se essencial reduzi-la a uma dimensão viável, pelo que formulámos através de uma questão de investigação. A questão de partida foi: *“Que fatores contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica?”*.

É igualmente importante definir os objetivos a alcançar, de modo a planificar as ações e desenvolver estratégias para atingi-los. Assim, com esta investigação pretendemos, como objetivo geral, conhecer os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. Como objetivos específicos, considerámos: identificar a tomada de decisão como autónoma ou interdependente no processo de cuidado à pessoa adulta com ferida crónica; identificar os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica; analisar de que modo os fatores identificados contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica; e descrever o modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica.

1.2 Tipo de Estudo

A escolha do tipo de estudo a seguir, enquanto parte integrante de todo o processo de investigação, torna-se um importante elemento a ter em consideração na realização de qualquer estudo (Streubert & Carpenter, 2002). Existindo um limitado conhecimento produzido sobre a problemática de investigação, considerámos adequada uma

abordagem qualitativa, e com o intuito de se dar resposta à pergunta de investigação, será realizado um estudo de carácter exploratório e descritivo.

A abordagem qualitativa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida pelos seus próprios atores (Polit & Hungler, 2004). Como nos refere Leininger (1985) Cit. Polit e Hungler (2004), esta é a abordagem privilegiada para descobrir essências, sentimentos, atributos, valores e significados. As ideias centrais da investigação qualitativa para Flick (2005), são: a correta escolha de métodos e teorias apropriadas; o reconhecimento e análise de diferentes perspetivas dos participantes na sua multiplicidade; a reflexão do investigador sobre o estudo, como parte do processo do saber; e a variedade dos métodos e perspetivas. Para Polit e Hungler (2004), a investigação qualitativa exploratória preocupa-se a desvendar várias maneiras pelas quais um fenómeno se manifesta, assim como os processos subjacentes. Os mesmos autores, referem ainda que o investigador que realiza um estudo descritivo, observa, conta e classifica. Os estudos descritivos podem ter grande valor para a enfermagem (Polit & Hungler, 2004).

Assim, com a investigação exploratória e descritiva pretendemos conhecer, descrever e analisar os fatores que contribuem para os enfermeiros tomarem determinadas decisões, no cuidar da pessoa adulta com ferida crónica.

1.3 Campo de Análise

Para Quivy e Campenhoudt (2008:157), “Não basta saber que tipos de dados deverão ser recolhidos. É também necessário circunscrever o campo de análises empíricas no espaço, geográfico e social, e no tempo”.

O campo deste estudo refere-se aos fatores que contribuem para a decisão dos enfermeiros portugueses no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, sendo a nossa população o conjunto dos enfermeiros que exerce atividade em Portugal. Como pretendemos investigar os enfermeiros que cuidam de pessoas adultas com feridas crónicas, apenas considerámos os enfermeiros que exercem a sua atividade profissional na prestação de cuidados, independentemente do seu título profissional, excluído assim

os enfermeiros das áreas da gestão, da formação, do ensino, da investigação e da assessoria.

Neste sentido, a população deste estudo não foi delimitada aleatoriamente mas obedeceu a alguns critérios de inclusão, que são características que delimitam a população de interesse (Polit & Hungler, 2004). Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro ou enfermeiro especialista; prestação de cuidados a pessoas adultas com ferida crónica; aceitação livre de participação no estudo; e aceitação da gravação áudio da entrevista.

Quanto ao tempo, a recolha dos dados ocorreu num espaço temporal de outubro a dezembro 2013.

1.4 Amostra

Nos estudos qualitativos, segundo Polit e Hungler (2004), não se pretende a generalização dos resultados, mas sim alcançar um entendimento profundo, holístico, do fenómeno de interesse. Com base nesta afirmação, é necessário seleccionar os participantes que mais enriquecem o estudo recorrendo a uma técnica de amostragem.

Para este estudo decidimos por uma amostragem do tipo “bola de neve”, em que a seleção dos sujeitos é feita através da indicação ou recomendação de sujeitos anteriores.

Para a primeira entrevista, utilizámos uma amostra de tipo conveniência, segundo a acessibilidade ao primeiro sujeito e respeitando os critérios de inclusão definidos. Os sujeitos posteriores foram nomeados sucessivamente, cumprindo os mesmos critérios.

Nos estudos qualitativos procura-se atingir a saturação dos dados. Como refere Quivy e Campenhoudt (2008), o investigador chega a um momento em que os dados da entrevista suplementares se reduzem rapidamente. No entanto, Morse (1989) Cit. por Streubert e Carpenter (2002), alerta que o máximo que um investigador qualitativo pode esperar em termos de saturação é obter o efeito numa cultura específica ou num fenómeno, em determinado momento.

O número de participantes foi 9 enfermeiros, 6 do género feminino e 3 do género masculino, em que as idades variam de 27 a 49 anos, com tempo de exercício profissional compreendido entre 4 a 22 anos. Todos a exercer a sua atividade na prestação de cuidados e com no mínimo 4 anos de exercício profissional no cuidado à

pessoa adulta com feridas crónicas. Iremos descrever em pormenor os participantes posteriormente.

1.5 Técnica de Recolha de Dados

A escolha da técnica de recolha de dados depende das questões e dos objetivos que se pretendem atingir, e do método de trabalho aplicado. Como é nossa intenção, identificar os fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, considerámos a entrevista como técnica de recolha de dados, pois como refere Bogdan e Biklen, (1994:136), as “boas entrevistas caracterizam-se pelo facto de os sujeitos estarem à vontade de falarem livremente sobre os seus pontos de vista e produzem uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspectivas dos respondentes”. As vantagens essenciais da entrevista, segundo Polit e Hungler (2004), residem no facto de que são os mesmos autores sociais que proporcionam os dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes e expectativas, os quais, pela sua natureza, é quase impossível observar externamente. O índice de não resposta é baixo e as perguntas têm menos probabilidade de ser mal interpretadas (Polit & Hungler, 2004). Bell (2010), acrescenta que a grande vantagem é a adaptabilidade das entrevistas.

Optámos pela a entrevista semiestruturada, um instrumento usado quando o objetivo, segundo Flick (2005), são as afirmações concretas sobre um assunto, permitindo o diálogo entre o entrevistador e entrevistado, de forma a esclarecer dúvidas que surjam da interpretação das palavras utilizadas. Os autores Streubert e Carpenter (2002), referem que é a técnica mais comum num estudo qualitativo.

O guião da entrevista incluiu a caracterização dos participantes e três questões. Construíram-se perguntas abrangentes para explorar significados desconhecidos sobre a temática. As entrevistas foram gravadas por áudio.

As três questões colocadas foram:

1. *Quando se confronta com uma pessoa portadora de uma ferida crónica, como decide acerca dos cuidados a prestar?*
2. *O que influencia a sua tomada de decisão?*
3. *Quer relatar uma situação em que tenha prestado cuidados a uma pessoa com ferida crónica, descrevendo o modo como foi decidindo?*

Deste modo, a questão 1 pretende compreender como o enfermeiro descreve a sua tomada de decisão, classificando-a quanto à sua natureza, nomeadamente autónoma ou interdependente. Através da questão 2, pretende-se identificar e analisar de que modo os fatores obtidos contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. A questão 3, permite descrever o modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica e reforçar as informações obtidas nas questões anteriores.

As questões presentes no guião foram realizadas em todas as entrevistas, mas cada uma decorreu de acordo com a sua própria evolução, ou seja, cada entrevista foi conduzida de forma específica com cada participante. Segundo Streubert e Carpenter (2002:33), “A meta do rigor da investigação qualitativa é apresentar rigorosamente a experiência dos participantes em estudo”. Apenas cessámos as entrevistas, quando ambas as partes, assumiam a saturação da informação pretendida, durando cerca de 30 minutos cada uma. No fim, agradecemos a colaboração.

Para garantir a *fidelidade do estudo*, as entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo entrevistador, com esforços para manter interpretação e perceção das narrativas, usando a mesma matriz de condução da entrevista (Lincoln & Guba Cit. por Streubert & Carpenter, 2002). Os dados recolhidos dos discursos dos enfermeiros em estudo, foram tomados as suas afirmações como a valoração que fizeram das suas decisões e dos seus atos quando prestaram cuidados aos clientes adultos portadores de feridas crónicas, de forma a garantir a *credibilidade* dos dados (Lincoln & Guba Cit. por Streubert & Carpenter, 2002). Outra forma de garantir a credibilidade, como refere Lincoln e Guba (1985) Cit. por Streubert e Carpenter (2002), é estabelecer o contato prolongado com assunto em estudo, para isso as entrevistas foram gravadas em áudio e procedeu-se à revisão das narrativas, para obter um entendimento profundo, e só depois se aplicou a análise de conteúdo. Assim garantimos também a *segurança*, que é um critério atingido

quando determinamos a credibilidade dos resultados (Lincoln & Guba, 1985 Cit. por Streubert & Carpenter, 2002).

1.6 Análise dos Dados

Os dados recolhidos através das narrativas enunciadas nas entrevistas, foram objeto de análise de conteúdo segundo Bardin. Como afirmam os autores Silva et al. (2005:74), “O método de análise de conteúdo aparece como uma ferramenta para a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso”. Para Bardin (2010), a análise do conteúdo abrange as iniciativas de explicitação, sistematização e expressão do conteúdo das mensagens, com a finalidade de se efetuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens (quem as emitiu, em que contexto e/ou quais os efeitos que se pretende causar por meio delas).

Segundo Bardin (2010), existem várias técnicas desenvolvidas na análise de conteúdo que atuam no sentido de promover o alcance e a compreensão dos significados manifestos e latentes no material da comunicação, as quais são análise categorial, análise da avaliação, análise da enunciação, análise da expressão, análise das relações e análise do discurso.

Neste estudo, tendo em conta os seus objetivos, necessitámos categorizar os resultados. Pelo que, entre as técnicas anteriormente mencionados, optámos pela análise categorial, que é definida por Bardin (2010), por operações que visam descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, preocupando-se com a frequência desses núcleos, sob a forma de dados segmentáveis e comparáveis, e não com sua dinâmica e organização.

As narrativas foram sendo analisadas à medida que as entrevistas foram realizadas e os dados recolhidos foram investigados aquando produzidos, conseguindo assim alcançar a construção progressiva do conhecimento, o rigor do trabalho e a saturação dos dados.

Analisámos as narrativas da primeira questão, segundo os conceitos definidos pelo regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. Fundamentamos esta opção por ter sido através do enquadramento legal e normativo que rege a profissão de enfermagem, adotando para o efeito, que identificámos e sintetizámos as categorias. As narrativas da segunda e terceira questão foram analisadas, segundo a bibliografia

consultada e as respostas dos participantes, isto é, a partir das entrevistas, uma vez que houve a necessidade de ampliar as categorias encontradas na literatura. Assim sendo, optámos por um procedimento aberto, sem categorias preestabelecidas.

1.7 Considerações Éticas

Toda a investigação científica é uma atividade humana (Martins, 2008), como tal é fundamental salvaguardar os seus direitos. Para Martins (2008), a investigação em enfermagem é composta por requisitos e exigências, como a procura da verdade, rigor, isenção, persistência e humildade, devendo obedecer aos princípios éticos nacionais e internacionais estabelecidos.

Segundo Firby (1995) Cit. por Streubert e Carpenter (2002:40), seguimos o guia para a crítica dos aspetos éticos de um estudo qualitativo, que tem em conta os seguintes tópicos: fenómeno de interesse, revisão da literatura, planeamento da investigação, amostra, recolha de dados, análise dos dados, e conclusões e sugestões. Em primeiro lugar, no *fenómeno de interesse*, tivemos em consideração que o estudo de investigação é relevante e a abordagem mais adequada é a qualitativa. Mantivemos sempre clara a finalidade do estudo e acreditamos que esta investigação é para o bem comum e não apenas para o investigador. Na *revisão da literatura*, procurámos referenciar toda a literatura disponível, independentemente de apoiarem as nossas ideias ou não, cumprindo com as normas de citação. O consentimento livre e esclarecido foi obtido antes dos participantes iniciarem as entrevista e foi dada a possibilidade de recusarem a participação no estudo. Obtivemos o consentimento para o uso de som, pedimos a autorização para proceder à gravação do discurso durante a realização da entrevista. Todos os participantes obtiveram informações acerca do tipo de estudo, motivos da sua realização e comunicámos que posteriormente, caso desejassem, teriam acesso às conclusões do estudo em que participaram. Na *amostra*, respeitámos todos os direitos dos participantes ao longo da investigação, os dados extraídos foram sempre manuseados sem qualquer referência ao sujeito do estudo e, garantimos a confidencialidade dos dados ao longo de todo o processo e na sua publicação. Na *recolha de dados*, apenas um investigador, devidamente preparado, recolheu os dados para não enviesar as respostas. Foram gravados por áudio para não serem perdidos e não

existir evidência de dados falsificados. A *análise dos dados*, foi conduzida por um investigador sempre com o apoio do investigador mais experiente em estudos qualitativos e, as narrativas foram todas analisadas de forma a obter a neutralidade dos dados. Por último, nas *conclusões e sugestões* descrevemos apenas as conclusões obtidas, e não aquelas que desejávamos alcançar, as sugestões verdadeiras e a confidencialidade dos participantes foi sempre mantida.

Neste sentido, as preocupações éticas encontram-se presente em vários níveis, tanto na elaboração do estudo, como na elaboração das entrevistas e conclusões.

Elaborámos um projeto de investigação que foi analisado e aprovado pelo Conselho Científico e Comissão de Ética (ver anexo I) do Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, o que exclui a hipótese de necessidade de parecer ético de alguma entidade externa após anuência deste.

PARTE IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Iniciamos esta parte com a caracterização dos participantes do estudo e seguidamente com a apresentação e análise das narrativas e discussão dos resultados obtidos. No capítulo 2, optámos por fragmentar os dados relativos a cada questão formulada, tendo em conta os objetivos definidos. Em cada objetivo foram extraídas as diversas categorias que serão apresentadas, analisadas e discutidas individualmente.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

No total, participaram no estudo 9 enfermeiros, todos a exercer a sua atividade na prestação de cuidados, independentemente do contexto organizacional onde os cuidados são prestados.

Como seria de prever, o género maioritário é o feminino, integrando 6 participantes, enquanto que, do género masculino, participaram 3 enfermeiros. Esta maioria de género, obtida na amostra corresponde à realidade nacional, em que a percentagem do género feminino é predominante (Fernandes, 2011).

As idades variam entre os 27 e os 49 anos com uma média de 36,56 anos (DP=8,4). O grupo etário mais frequente – (4 participantes) situa-se entre os 41 e os 50 anos de idade, registando-se enfermeiros com idades compreendidas entre os 21 e os 30 – (3 participantes) e entre os 31 e os 40 anos – (2 participantes).

Todos contam com mais de 4 anos de atividade profissional. Sendo que o intervalo entre 4 e 9 e 16 e 21 anos de atividade profissional, empatam com 4 participantes cada. O menor número (1) encontra-se no intervalo entre os 22 e os 27 anos de atividade profissional.

Todos os participantes apresentam no mínimo 4 anos de exercício profissional no cuidado à pessoa adulta com feridas crónicas. O intervalo entre 4 e 9 e 16 e 21 anos de exercício profissional nesta área de cuidado empatam com 4 participantes cada. Apenas um participante encontra-se no intervalo entre os 10 e os 15 anos.

A formação académica e profissional dos participantes situa-se entre a licenciatura (4 enfermeiros), mestrado (1 enfermeiro), especialidade (2 enfermeiros) e especialidade com mestrado (2 enfermeiros).

Quanto à formação na área do cuidado à pessoa com feridas crónicas, na perspetiva do próprio, consideram a participação em congressos, a formação contínua, referindo como tal um curso de 30 horas e pós-graduação em feridas e viabilidade tecidular. Dos nove participantes, 3 frequentaram ações de formação contínua no cuidado à pessoa com ferida crónica, 2 realizaram pós-graduação em feridas e viabilidade tecidular e participaram em congressos, 3 frequentaram congressos na área e 1 participou em ação de formação contínua e em congressos.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Este capítulo está dividido em três subcapítulos, tendo em conta as questões efetuadas aos participantes e os respetivos objetivos do estudo, surgindo assim as diversas categorias e subcategorias. Em cada um dos subcapítulos, o método adotado foi a apresentação das categorias e subcategorias, que emergiram das narrativas dos participantes e da bibliografia consultada. Seguidamente, enumerámos cada sub-subcapítulo pelas categorias obtidas, onde analisámos e expusemos os quadros que resultaram da análise categorial. Após, esta apresentação e análise, efetuámos a discussão dos resultados.

As diversas unidades de registo foram integradas em categorias que foram emergindo, através da proximidade a uma característica mais abrangente. As narrativas foram sendo analisadas à medida que iam sendo recolhidas através das entrevistas realizadas, de modo a aferir a saturação das diversas categorias.

É de realçar que as nossas entrevistas foram analisadas à luz da tomada de decisão clínica, uma vez que não se identificaram problemas éticos. Como conclui Deodato (2010), no seu estudo o enfermeiro por vezes entra em conflito com a decisão clínica adequada e a decisão ética clinicamente desadequada. No entanto, os nossos participantes não revelaram no seu processo decisório a dificuldade em escolher qual a

alternativa adequada, perante um acontecimento inesperado que afeta o cliente, do ponto vista ético.

2.1 Natureza da tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

As categorias obtidas, resultaram das respostas dos participantes, quando estes descrevem como decidiram acerca dos cuidados prestados à pessoa adulta portadora de ferida crónica. As categorias que emergiram, foram denominadas com base no REPE, aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril, que classifica as intervenções de enfermagem, como já foi descrito no enquadramento concetual, em autónomas e interdependentes. Na categoria, *intervenções autónomas*, surgiram as subcategorias que resultam do tipo de intervenção, que foram as seguintes, *iniciativa da decisão*, *delegação de tarefas* e *articulação com cuidadores informais*. A outra categoria obtida foi, *intervenção interdependente*.

Iremos seguidamente apresentar cada uma delas com a sequência que foram surgindo nas entrevistas e de forma decrescente, face ao número de unidades de registo obtidas.

2.1.1 Intervenções autónomas

Nesta categoria, surgiram três subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Da análise das narrativas resulta, que os enfermeiros consideram que têm *iniciativa da decisão* nesta área do cuidado, num total de oito unidades de registo. Ou seja, iniciam os cuidados à pessoa com ferida crónica, “sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade”, como é descrito no artigo 9º do REPE. Isto fica claro nas unidades de registo, “*atividade que faço autonomamente*” e “*a decisão do meu tratamento*”.

Das narrativas, emerge uma unidade de registo relativa à subcategoria, *delegação de tarefas*. Como se encontra determinado no artigo 10º do REPE, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de enfermagem”. Esta intervenção

autónoma emergiu no estudo, na unidade de registo, “*é preciso dar indicações precisas aos auxiliares ação médica*”.

A subcategoria, *articulação com cuidadores informais*, integra duas unidades de registo, que vão no sentido da articulação enquanto modo de fornecer conhecimentos que ajudem os cuidadores informais nas suas atividades de cuidado. Ou seja, o enfermeiro no seu domínio das competências “fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação”, como se determina no artigo nº 4 do REPE. Verificamos, neste estudo que o enfermeiro reconhece que, deve “*sensibilizar também os prestadores de cuidados porque são eles que estão a maioria do tempo com estas pessoas*”. Assim, é encarada como uma intervenção autónoma, porque parte do enfermeiro, envolver os cuidadores informais no seu plano de cuidados.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 1.

Quadro 1- Natureza da tomada de decisão, integrada na categoria *intervenções autónomas*

Categoria – Intervenções autónomas		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Iniciativa da decisão	“atividade que faço autonomamente”	8
	“não havendo nenhuma prescrição, avanço rapidamente com o tratamento”	
	“tomo a decisão dos cuidados”	
	“o médico não me vai dizer que quer que eu faça a limpeza com compressas, portanto eu aí tenho que usar a minha decisão ou os meus conhecimentos”	
	“é sempre uma decisão independente”	
	“não foi por nenhum médico, foi pela equipa de enfermagem”	
	“puder ou não tomar decisão a seguir, de continuidade ou até de alguma alteração”	
	“a decisão do meu tratamento”	
Delegação de tarefas	“é preciso dar indicações precisas aos auxiliares ação médica”	1
Articulação com cuidadores informais	“quer no ensino, quer na mobilização de alguns conhecimentos”	2
	“sensibilizar também os prestadores de cuidados”	

Verificamos neste estudo, que os enfermeiros têm *iniciativa da decisão* de cuidados à pessoa com ferida crónica e consideram a sua tomada de decisão autónoma. Este resultado, está de acordo com o que vários autores afirmam, quando consideram que a atuação do enfermeiro no cuidado à pessoa com ferida sobrepõe-se à dos outros membros da equipa multidisciplinar, pois este é o profissional da equipa detentor de

competências e conhecimentos que tem mais proximidade com os clientes (Cândido, 2001 Cit. por Alves et al., 2013; Morais et al., 2008; Friman et al., 2011). No entanto, no estudo de Ashton e Price (2006), isto não é claro, pois parece haver pouco consenso sobre qual a profissão, enfermeiro ou médico, que tem responsabilidade pelas decisões no tratamento de feridas.

Como nos refere Deodato (2008:29), “uma componente fundamental do exercício da autonomia profissional do enfermeiro é a tomada de decisão”, que deve ser baseada nos conhecimentos e não nas emoções e tarefas rotineiras (Ribeiro, 2011). A autonomia do enfermeiro demonstra-se quando este realiza funções para as quais detém competência técnica e legal e não realiza aquilo que técnica e legalmente compete a outro profissional, mesmo quando não for por ele realizado (Ferreira et al., 2008). Em Portugal, a autonomia do exercício profissional de enfermagem é reconhecida pelo Direito desde 1996, ao aprovar o REPE através do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro.

O enfermeiro decide autonomamente se executa ou não um tratamento à pessoa com ferida. O facto de optar pela segunda hipótese é porque resulta do seu julgamento de que o tratamento pode trazer algum prejuízo ao cliente, no entanto tem sempre que fundamentar cientificamente. Como referem Ferreira et al. (2008), é preciso estar preparado para a autonomia, pois ela exige o conhecimento técnico e científico além de responsabilidades éticas. Também Mateus (2009:3), refere que “Sendo os cuidados prestados à pessoa com ferida maioritariamente desenvolvidos por enfermeiros que possuem formação científica, técnica e humana, necessária para dar resposta a esta alteração do estado de saúde, que mais será necessário para evidenciar a sua autonomia?”

No estudo de Friman et al. (2011), também consideram que o enfermeiro dos cuidados de saúde primários tem responsabilidade no cuidado à pessoa com ferida. Neste estudo descritivo, foram realizadas oito entrevistas aos enfermeiros da comunidade em Estocolmo. Através da análise de conteúdo, obtiveram o tema, “*sentimento de responsabilidade e confiança nas ações de enfermagem*”, com os seguintes subtemas, “*responsabilidade para cuidar do cliente com ferida*” e “*confiança para fazer uma avaliação independente da situação*”(Friman et al., 2011:429).

Com os nossos resultados, verificámos que os participantes necessitam de delegar funções a pessoal funcionalmente dependente, surgindo a subcategoria, *delegação de tarefas*, aquando cuidam da pessoa com ferida crónica.

Concluímos, que os participantes têm a preocupação de envolver a família e outros profissionais de saúde, no seu processo autónomo de decisão, surgindo assim a subcategoria, *articulação com cuidadores informais*. Ou seja, vão procurar a informação, envolvendo os familiares e outros profissionais, e requisitar as competências do outro para atingir o seu objetivo final. De acordo com Deodato (2010:181):

“o enfermeiro procura (...) nos seus familiares, contributos para a decisão que vai tomar, dirige-se igualmente aos restantes membros da equipa de saúde. Procura neles o enriquecimento das alternativas possíveis para uma escolha mais adequada (...) envolvendo outros na procura da solução para o problema identificado. Um movimento que se revela sobretudo de abertura e não de abandono da sua tarefa de decidir”.

Em suma, os participantes consideram a sua tomada de decisão autónoma nesta área do cuidado, e têm a preocupação de delegar e articular com os cuidadores informais, aquando prestam cuidados. Com as conclusões dos estudos anteriormente mencionados, verificamos que um enfermeiro que considera que tem autonomia, será um profissional mais satisfeito e com maior capacidade para tomar decisões. Nesta área de cuidado é essencial, porque muitas vezes o enfermeiro depara-se sozinho como foi descrito pelo participante, “*a decisão é muito solitária*”.

2.1.2 Intervenção interdependente

Iremos analisar e discutir neste sub-subcapítulo, a categoria *intervenção interdependente*.

Segundo Abreu (2007), o enfermeiro coloca o cliente no centro da atenção e os seus interesses como ponto de partida para a tomada de decisão, podendo esta refletir-se em atividades independentes, ou interdependentes. Da análise das narrativas, num total de quatro unidades de registo, resulta que os enfermeiros consideram que existe *intervenção interdependente* nesta área do cuidado. Ou seja, o enfermeiro colabora com

outros profissionais em planos de ação com prescrições e orientações previamente formalizadas.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 2.

Quadro 2- Natureza da tomada de decisão, integrada na categoria *intervenção interdependente*

Categoria – Intervenção interdependente	
Unidade de Registo	UE
<i>“com necessidade de intervenção a nível sistémico posso ter, faz todo o sentido, que a articulação seja feita com o médico”</i>	4
<i>“eventualmente se for uma ferida que considero que preciso de ajuda, encaminhamento para outro profissional de saúde”</i>	
<i>“temos também o apoio da nossa dietista”</i>	
<i>“outros profissionais que nos possam dar suporte”</i>	

Os cuidados de enfermagem são um trabalho de partilha entre enfermeiro, cliente, família, pessoa significativa e outros profissionais da equipa de saúde. Assim, desta colaboração com os outros profissionais, surgem as intervenções interdependentes e o trabalho em equipa. Como refere Deodato (2008), esta complementaridade deve ser ativa, mobilizando os diversos profissionais para, em conjunto, atingirem os melhores resultados possíveis. Esta perspetiva fica clara na unidade de registo *“eventualmente se for uma ferida que considero que preciso de ajuda, encaminhamento para outro profissional de saúde”*.

Um estudo qualitativo desenvolvido por Fonseca (2006), teve como um dos objetivos, compreender que decisões são tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados. Este estudo conclui que a *“troca do penso”*, é uma intervenção interdependente, no entanto parte de uma decisão dos enfermeiros. Como refere Mateus (2009), no ato de cuidar da pessoa com ferida o enfermeiro terá de assumir a responsabilidade do ato que pratica, pois, se realiza o ato é por sua decisão. Na perspetiva deste autor, se ao utilizar métodos de tratamento à pessoa com ferida, prescritos, ou não, por si, estiver a contribuir para o agravamento da mesma, a responsabilidade será necessariamente sua. Assim, concluímos que os participantes consideraram a interdependência, quando existem *“outros profissionais que nos possam dar suporte”*. Ou seja, a interdependência concretiza-se no trabalho em equipa, e não meramente por executarem um tratamento por indicação de outrem.

Como síntese do subcapítulo, concluímos que o enfermeiro é um profissional com competências humanas, científicas e técnicas para decidir autonomamente o cuidado específico à pessoa com ferida crónica e que a sua interdependência configura-se na articulação com outros membros da equipa para atingirem objetivo final - a melhor assistência possível ao cliente e família.

2.2 Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

As categorias obtidas, resultaram das respostas dos participantes, quando relatam o que influencia a sua tomada de decisão, no cuidar da pessoa adulta com ferida crónica. As narrativas desta questão foram categorizadas a partir da revisão da literatura e das respostas dos participantes.

Os fatores explícitos na bibliografia consultada são, os *conhecimentos e experiência do enfermeiro*. O nosso estudo, revelou outros fatores que foram incluídos em diversas categorias. Em cada uma destas categorias, surgiram subcategorias de forma a melhorar a compressão de cada fator e analisar de que modo os fatores identificados contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica.

Na categoria, *avaliação do enfermeiro*, foram integradas as subcategorias, *avaliação centrada no cliente*, *avaliação centrada na ferida*, *avaliação centrada no tratamento instituído*, *autoavaliação global do enfermeiro* e *avaliação centrada no meio envolvente do cliente*. Na categoria, *recursos disponíveis*, foram obtidas as subcategorias, *recursos materiais*, *ambiente de prestação de cuidados*, *recursos pecuniários*, *recursos humanos* e *apoios normativos*. Na categoria, *mobilização do conhecimento*, emergiram várias subcategorias, tais como *utilização do conhecimento adquirido na formação contínua*, *utilização do conhecimento de origem inespecífica*, *utilização do conhecimento proveniente da pesquisa em fontes científicas* e *utilização do conhecimento adquirido na equipa*. Na seguinte categoria, referente a *recurso a terceiros*, obtivemos as subcategorias, *opinião de colegas da equipa*, *opinião de peritos* e *articulação com o médico*. Na categoria, *opinião do cliente*, as subcategorias encontradas foram, *envolvimento do cliente e família no cuidado à ferida crónica*, *adesão do cliente ao cuidado* e *confiança estabelecida com enfermeiro*. Na categoria, *resultados de*

enfermagem planeados, obtivemos duas subcategorias, *resultado paliativo* e *resultado curativo*. Foram ainda construídas as categorias, *experiência clínica*, *tempo disponível* e *segurança científica*.

Iremos seguidamente apresentar cada uma delas com a sequência que foram sendo obtidas e de forma decrescente, face ao número de unidades de registo.

2.2.1 Avaliação do enfermeiro

Nesta categoria, surgiram cinco subcategorias, que iremos analisar e discutir de seguida. Da análise dos *verbatim*s, verificamos nove unidades de registo, na subcategoria *avaliação centrada no cliente*. Quando o enfermeiro presta cuidados à pessoa portadora de ferida crónica é influenciado e tem em consideração o ser holístico presente.

Na subcategoria, *avaliação centrada na ferida*, obtivemos igualmente nove unidades de registo. Como afirmam Moraes et al. (2008), as características da ferida também contribuem para a tomada de decisão do enfermeiro, pois fornecem informação importante que irá influenciar diretamente o resultado dos tratamentos instituídos. Ou seja, as características da ferida são uma fonte valiosa para decidir qual o melhor tratamento a instaurar.

Obtivemos, cinco unidades de registo, para subcategoria, *avaliação centrada no tratamento instituído*. Ou seja, quando o enfermeiro toma a sua decisão tem em consideração se existe um tratamento estabelecido, para optar em mudar o tratamento prescrito por outro colega ou dar-lhe continuidade. É o que se retira da unidade de registo, “*se já tem algum tratamento instituído tento perceber se realmente aquele tratamento é ou não adequado*”.

Na subcategoria, *autoavaliação global do enfermeiro*, obtivemos duas unidades de registo.

Um participante, numa unidade de registo, referiu que na sua tomada de decisão tem em conta o meio onde o cliente está inserido, pelo que considerámos a subcategoria, *avaliação centrada no meio envolvente do cliente*. Como é referido pelo participante, na unidade de contexto, “*o meio em que se insere (...) nós temos aqui pessoas que moram numa barraca ou numa vivenda*”.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 3.

Quadro 3- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria *avaliação do enfermeiro*

Categoria - Avaliação do enfermeiro		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Avaliação centrada no cliente	<i>“minha decisão é em função da avaliação da pessoa no global”</i>	9
	<i>“tenho em consideração é avaliação da pessoa”</i>	
	<i>“depois também o estado nutricional e hidratação da pessoa que é extremamente importante”</i>	
	<i>“avaliar a situação da pessoa”</i>	
	<i>“depois é tendo em conta o diagnóstico com que nos chegam, ter também atenção a isso”</i>	
	<i>“Avaliando a pessoa, como se apresenta, como um todo”</i>	
	<i>“temos que ver sempre a pessoa como um todo”</i>	
	<i>“no seu estado global”</i>	
	<i>“decido de acordo com a pessoa”</i>	
Avaliação centrada na ferida	<i>“as características da lesão em si”</i>	9
	<i>“avaliação das características da ferida”</i>	
	<i>“depois realmente a própria ferida”</i>	
	<i>“história daquela ferida”</i>	
	<i>“avaliamos a ferida”</i>	
	<i>“tipo de lesão”</i>	
	<i>“do tipo de ferida em si”</i>	
	<i>“observo o próprio leito da ferida”</i>	
	<i>“decido consoante as características da ferida”</i>	
Avaliação centrada no tratamento instituído	<i>“saber se já está instituído já algum tipo prescrição ou tratamento”</i>	5
	<i>“em atenção ao tratamento que já vem”</i>	
	<i>“se já tem algum tratamento instituído tento perceber se realmente aquele tratamento é ou não adequado”</i>	
	<i>“vou perceber o que é que tem sido feito”</i>	
	<i>“traz uma prescrição, muitas vezes uma prescrição médica”</i>	
Autoavaliação global do enfermeiro	<i>“esse fator é a minha avaliação”</i>	2
	<i>“faço habitualmente uma avaliação”</i>	
Avaliação centrada no meio envolvente do cliente	<i>“o meio em que se insere”</i>	1

Estas subcategorias, da categoria, *avaliação do enfermeiro*, demonstram os vários aspetos – cliente, características da lesão, tratamento instituído, autoavaliação e meio envolvente, que o enfermeiro tem em conta quando faz a avaliação. Esta categoria, reforça a natureza autónoma das decisões do enfermeiro e, como tal, este planeia intervenções e inicia o cuidado, segundo o seu raciocínio clínico.

Collier (2003 Cit. por Benbow, 2011), identificou um conjunto de componentes, que devem ser considerados como parte integrante do processo da avaliação da pessoa com ferida, que inclui a identificação da causa subjacente e etiologia da ferida, localização e as características, classificação da ferida e objetivos do tratamento. Os nossos

resultados, vão ao encontro do que foi descrito, acrescentando que os participantes também tiveram em conta o meio envolvente do cliente e o tratamento anteriormente instituído.

Também Neves (2005:8), no seu estudo, refere que uma das bases do enfermeiro para a decisão pelas intervenções num incidente crítico⁸, é avaliação do cliente. A autora descreve que, é “Através da *observação*, da *verbalização do cliente*, pelas informações fornecidas pela *monitorização*, através da *percepção do seu estado emocional* e da *comparação* do que já se conhecia anteriormente do cliente, com o seu estado actual”. A autora afirma, que desta forma o enfermeiro está a comparar um conjunto de informações recolhidas de diferentes modos, que lhe possibilita fazer um julgamento sobre a situação, para assim escolher as intervenções mais adequadas. Comparando estes resultados com os nossos, acrescentamos que não é só através da avaliação do cliente mas sim todo o seu envolvente, pelo que considerámos a categoria, *avaliação do enfermeiro*. No nosso estudo, verificamos que é através da avaliação do enfermeiro, que este recolhe informação pertinente sobre o cliente e a sua ferida, para assim fazer o seu juízo e seleccionar o melhor tratamento possível.

Com os nossos resultados, apuramos que para o êxito do cuidado eficaz é fundamental a avaliação global do cliente. A primeira parte de qualquer avaliação deve incidir sobre o cliente, como foi referido pelo participante, “*avaliando a pessoa, como se apresenta, como um todo*”. Esta avaliação, é considerada essencial, uma vez que aborda os principais parâmetros necessários para determinar o tratamento ideal (Harrison, 2006; Benbow, 2011). Como refere Benbow (2011), muitas vezes é através da avaliação do cliente, que surgem orientações fundamentais para a escolha do material de penso adequado. A capacidade de avaliar o cliente de modo holístico, requer ao enfermeiro conhecimentos sobre a fisiologia da pele, os fatores de risco potenciais para a interrupção do encerramento da ferida, por exemplo, exige a habilidade para discriminar entre os dados significativos e não-significativos, bem como a capacidade de analisar e interpretar os resultados da avaliação (Benbow, 2011).

Conclui-se que, avaliar o cliente e as características da ferida, contribui para a tomada de decisão, pois todos os participantes fazem referencia a este facto. Estes resultados estão de acordo com o que vários autores afirmam, que o tratamento centra-se na pessoa

⁸ O termo incidente crítico foi introduzido na enfermagem por Benner (1984), que se caracteriza por uma situação de cuidados que seja marcante para o enfermeiro por diversas razões.

e não apenas na ferida (Hallett et al., 2000; Furtado et al., 2001; Gaspar et al., 2010; Benbow, 2011; Casey, 2012). Assim, mais uma vez é demonstrada a importância de colocar o outro como ponto de partida dos cuidados, como emerge do estudo, quando um participante afirma que, “*com uma avaliação global (...)tem tudo haver com essa globalidade e a partir daí decido, o que é que hei de fazer*”. Este aspeto é fundamental, pois uma das medidas mais importantes para o tratamento adequado é controlar as patologias de base do cliente (Morais et al., 2008). Em relação às características da ferida, o enfermeiro deve ter em conta, como referido pelos participantes “*(...)tenho em conta depois as características da lesão em si, se tem exsudado, se tem cheiro, quais são os tipos de tecidos que tem lesão(...)*”, “*como é que surgiu aquela ferida, como é que está (...)a pele envolvente, e sobretudo a etiologia (...)de acordo com a extensão, do tamanho, a dor(...)*”, “*a forma como estava o penso quando foi retirado (...)se tinha aspeto infetado se não tinha aspeto infetado (...)*” e “*(...)observo o próprio leito da ferida provavelmente e toda a sua área circundante (...)*. Após a sua avaliação da ferida, o enfermeiro deve documentar claramente o que considerou sobre a mesma, para a escolha da alternativa adequada.

Verificámos igualmente, que o enfermeiro quando delibera sobre os seus fundamentos para a escolha da alternativa adequada, tem em consideração o tratamento anterior, surgindo assim a subcategoria, *avaliação centrada no tratamento instituído*. Este é um dado interessante, pois dá valor à continuidade dos cuidados e ao trabalho em equipa, que é fundamental na enfermagem.

Outro resultado obtido foi, *autoavaliação global do enfermeiro*. Considerámos esta subcategoria, uma vez que os entrevistados apenas referiram que é segundo a sua avaliação que decidem o tipo tratamento à pessoa com ferida crónica. Ou seja, segundo a sua avaliação, não referindo que aspetos consideraram, “*esse fator é a minha avaliação*”, o que reforça a categoria adquirida.

A subcategoria, *avaliação centrada no meio envolvente do cliente*, quando o enfermeiro presta cuidados à pessoa com ferida, contempla tudo o que está para além do corpo-sujeito, o ambiente familiar, social, económico e cultural. Como Benbow (2011), uma abordagem sistemática e holística é fundamental nesta área do cuidado. Assim, na escolha do tratamento a seguir, o enfermeiro é influenciado pelo meio envolvente do cliente, dependendo dos recursos disponíveis, seleciona uma ou outra alternativa.

Com os nossos resultados, reforçamos que decisão é própria de cada pessoa, que cada enfermeiro recolhe a informação da valoração que faz da situação. Esta categoria demonstra o carácter subjetivo na tomada de decisão, apesar dos alicerces serem o regime legal e deontológico que regula a profissão e também o conhecimento. Ou seja, avaliação que cada enfermeiro faz do cliente e de todo o seu envolvente, pode ser diferente de outro colega, e assim gerar um tratamento diferente. Verifica-se que este resultado, traduzido na categoria, *avaliação do enfermeiro*, é inovador face à bibliografia consultada. Uma vez que, é descrito na literatura que para uma tomada de decisão eficaz, é importante o enfermeiro considerar a avaliação do cliente e lesão. No entanto, ao obtermos a categoria, *avaliação do enfermeiro*, enquadrámos todos os aspetos inerentes à avaliação e damos valor ao aspeto subjetivo e valoração pessoal. Assim, concluímos que um dos fatores que contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica é avaliação que cada enfermeiro faz, de modo a selecionar a informação pertinente e assim instituir o tratamento adequado.

2.2.2 Recursos disponíveis

Nesta categoria, surgiram cinco subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Da análise dos *verbatim*s, constatamos sete unidades de registo, na subcategoria, *recursos materiais*. Assim, podemos verificar que o material disponível, influencia a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. A unidade de registo, “*não temos acesso a todo o tipo de material, mesmo que pensamos que seja mais adequado, temos sempre que usar aquilo que temos no nosso serviço*”, evidência a emergência deste fator.

Obtivemos, três unidades de registo, na subcategoria, *ambiente de prestação de cuidados*, pelo que verificamos, que o local onde os cuidados são prestados também influencia a tomada de decisão.

Na subcategoria, com duas unidades de registo, *recursos pecuniários*, considerámos os recursos económicos como um fator que contribui para a tomada de decisão, como fica claro na unidade de registo, “*às vezes o que importa também é o fator económico e por isso muitas vezes não temos o material disponível*”.

Em relação à subcategoria, *recursos humanos*, obtivemos uma unidade de registo.

Com a subcategoria, *apoios normativos*, obtivemos igualmente uma unidade de registo.

Considerámos como tal, algoritmos, normas e protocolos estabelecidos de forma a chegar à resolução de um problema. Ou seja, um conjunto de etapas bem definidas necessárias para um determinado número de alternativas e opções a observar perante os dados presentes para tomar a melhor decisão (Nunes F., 2007).

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 4.

Quadro 4- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrados na categoria *recursos disponíveis*

Categoria – Recursos disponíveis		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Recursos materiais	<i>“penso ideal de acordo com o material que temos”</i>	7
	<i>“tipo de apósito disponível”</i>	
	<i>“o material que existe”</i>	
	<i>“tratamento que tenho disponível no hospital e isso influencia muito a minha tomada de decisão”</i>	
	<i>“não temos acesso a todo o tipo de material, mesmo que pensamos que seja mais adequado, temos sempre que usar aquilo que temos no nosso serviço”</i>	
	<i>“é necessário ter um portfólio mínimo de produtos a utilizar”</i>	
	<i>“do material que tenho para colocar”</i>	
Ambiente de prestação de cuidados	<i>“Em que contexto?”</i>	3
	<i>“este aspeto sobre a influência, que é o tipo de serviço onde o profissional realmente presta cuidados”</i>	
	<i>“nossa tomada de decisão neste contexto”</i>	
Recursos pecuniários	<i>“às vezes o que importa também é o fator económico e por isso muitas vezes não temos o material disponível”</i>	2
	<i>“estas coisas dos dinheiros, e das meias também são um fator importante”</i>	
Recursos humanos	<i>“os recursos humanos que existem”</i>	1
Apoios normativos	<i>“guidelines”</i>	1

O estudo demonstrou que, os *recursos materiais*, interferem nesta área do cuidado, pois o material de pensos para realização do tratamento adequado nem sempre está disponível. Assim, embora o enfermeiro tenha perceção de qual o material mais adequado, tem que alterar a sua decisão porque nem sempre há alternativa adequada, como emerge do estudo, quando um participante afirma que, *“não temos acesso a todo o tipo de material, mesmo que pensamos que seja mais adequado, temos sempre que usar aquilo que temos no nosso serviço”*.

O ambiente onde os cuidados são prestados, é referido na bibliografia como elemento importante para a tomada de decisão. Também obtivemos este dado do nosso estudo, quando um participante afirma que, *“este aspeto sobre a influência, que é o tipo de serviço onde o profissional realmente presta cuidados”*. Segundo os autores Hagbaghery et al.(2004), foi referido como um fator inibidor ou facilitador da tomada de decisão clínica. Também Friman et al. (2011), referem no seu estudo que os fatores que contribuem de forma negativa para a tomada de decisão dos enfermeiros de cuidados de saúde primários, são falta de salas e equipamentos e no domicílio a falta de iluminação, higiene e ergonomia.

Os recursos pecuniários, também contribuem para a tomada de decisão, o que emerge nas unidades de registo, *“às vezes o que importa também é o fator económico (...)”* e *“estas coisas dos dinheiros, e das meias também são um fator importante”*. Os nossos dados corroboram com estudo de Hagbaghery et al. (2004), que referem que ser apoiado financeiramente pela instituição, é um fator externo ao indivíduo com efeito de reforço ou inibitório na tomada de decisão clínica. Segundo os mesmos autores, a evidente falta de apoio financeiro, faz com que os enfermeiros não sejam capazes de se concentrar sobre os problemas dos clientes e numa tomada de decisão eficaz.

Os nossos resultados, confirmam que os recursos humanos disponíveis, podem ser considerados uma limitação à tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Também Fonseca (2006:152), no seu estudo refere, *“os níveis inadequados de enfermeiros para prestarem cuidados são um dos fatores que interferem diretamente na tomada de decisão”*. Ou seja, o facto dos recursos humanos ser limitado, faz com que *“os métodos de trabalho utilizados são menos intimistas e mais assentes em tarefas”* (Fonseca, 2006:157). Hagbaghery et al. (2004), no seu estudo concluíram igualmente, que a carência de enfermeiros e a falta de estruturas de acolhimento, foram referidos como barreira à tomada de decisão clínica. Os participantes do estudo anteriormente mencionado referiram, que se sentiam incapazes para atender às necessidades dos clientes e dando-lhes a sensação de incapacidade para controlar o seu trabalho.

É o unânime entre os autores, que os apoios normativos, são uma fonte importante para ajudar na tomada de decisão. Como refere a Ordem dos Enfermeiros (2003:6) *“reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – guidelines – constituem uma base*

estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”. No estudo de Hallett et al. (2000), os participantes referiram que é necessário existirem normas claras e orientações úteis no cuidado à pessoa com ferida. Estes documentos podem ser vantajosos porque dão uma ajuda mínima, diminuindo assim a incerteza na tomada de decisão clínica e de qual o tratamento adequado (Hallett et al., 2000). No entanto, segundo os autores Hallett et al. (2000), podem apresentar a desvantagem de restringir a prática. No estudo de Keen e James (2004), desenvolveram uma ferramenta para ajudar os enfermeiros no seu processo de tomada de decisão na seleção do tratamento. Os autores concluíram, que este algoritmo foi importante na mudança de práticas desatualizadas no tratamento de feridas e uma boa referência, que incorpora uma lista de tratamentos com evidência científica. No nosso estudo, apenas um participante referenciou este facto - o uso de “*guidelines*” - como recurso para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica.

Os enfermeiros, quando têm que tomar decisões deparam-se com várias limitações, entre elas os recursos disponíveis. Neste caso específico, o acesso ao material, o espaço arquitetónico, os recursos humanos e pecuniários e os apoios normativos. Como refere Casey (2012), há muitas restrições à tomada de decisão clínica no tratamento da pessoa com ferida, sendo eles os custos, disponibilidade do material de penso e ausência de investigação com alta evidência científica (ensaios clínicos randomizados). No entanto, os nossos participantes, não mencionam a ausência de investigação como limitação à tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica.

Em suma, concluímos que os recursos disponíveis, podem tornar-se facilitadores à tomada de decisão clínica no cuidado à pessoa com ferida crónica. Por outro lado, podem dificultar quando o enfermeiro se depara com escassos recursos materiais, pecuniários e humanos, com ambiente de prestação de cuidados inadequado e ausência de protocolos orientadores na escolha do tratamento adequado.

2.2.3 Mobilização do conhecimento

Nesta categoria, surgiram quatro subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Da análise, considerámos como subcategoria, a *utilização do conhecimento adquirido na formação contínua*, como contributo na tomada de decisão do enfermeiro e integramos nela quatro unidades de registo. Adotámos a definição dos autores Gaspar et al. (2010), de *formação contínua em enfermagem*, como a formação pós-básica que vise envolver ativamente os enfermeiros num duradouro processo de aprendizagem, assente numa cultura de formação na vida profissional, com o objetivo final de melhorar a prestação de cuidados de saúde. Considerámos os métodos de ensino e aprendizagem didáticos formais. No entanto, alguns participantes não revelaram a fonte do seu conhecimento, por isso foi aberta a subcategoria, *utilização do conhecimento de origem inespecífica*, com cinco unidades de registo.

Na subcategoria, *utilização do conhecimento proveniente da pesquisa em fontes científicas*, obtivemos, uma unidade de registo, em que considerámos a procura de conhecimento em base de dados ou revistas científicas, que também se revelou como um contributo para a tomada de decisão.

Um participante referiu que o seu conhecimento também podia ser proveniente da partilha entre os membros da equipa, pelo que obtivemos a subcategoria, *utilização do conhecimento adquirido na equipa*, com uma unidade de registo.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 5.

Quadro 5- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrados na categoria *mobilização do conhecimento*

Categoria - Mobilização do conhecimento		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Utilização do conhecimento adquirido na formação contínua	<i>“tendo por base os princípios da execução de pensos, nomeadamente os que aprendi mais recentemente no curso de feridas”</i>	4
	<i>“fui reciclar os conhecimentos relativamente à prestação de cuidados em feridas”</i>	
	<i>“eu fiz uma formação (...) eu acho que me deu algumas competências mais do que aquelas que eu tinha”</i>	
	<i>“formação pode ser a que tu já adquiriste(...) pós académica”</i>	
Utilização do conhecimento de origem inespecífica	<i>“nossa tomada de decisão baseia-se no nosso conhecimento”</i>	5
	<i>“vou cruzando perante aquilo que estudo, e estudo todos os dias, sobre pessoas com feridas”</i>	
	<i>“Mas influencia a nossa formação”</i>	
	<i>“os meus conhecimentos”</i>	
	<i>“A minha tomada de decisão é influenciada pelo meu conhecimento”</i>	
Utilização do conhecimento proveniente da pesquisa em fontes científicas	<i>“A ciência, procuro estar no estado da arte, é óbvio que eu não posso ler todos os trabalhos”</i>	1

Utilização do conhecimento adquirido na equipa	<i>“não a nível de formação formal, não é, mas que entre partilha”</i>	1
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	----------

Como nos refere Fabião et al. (2005:235), “a formação é o principal meio social e institucional gerador de competências”, traduzindo-se num meio para atingir qualidade dos cuidados. Assume um papel fundamental para adquirir competências do saber, saber-fazer, saber-ser e saber-aprender (Ibidem). Já Florence Nightingale dava ênfase à formação no desenvolvimento de competências, considerando que havia necessidade de atualizar a formação entre cada 5 a 10 anos (Lopes & Santos, 2010). A enfermagem em Portugal tem sido precursora e uma referência no contexto europeu no que diz respeito à coerência e qualidade que tem conseguido aplicar na formação dos enfermeiros (Amaral, 2006 Cit. por Silva et al., 2011). Atualmente, há um grande interesse entre os enfermeiros em expandirem os seus conhecimentos na área do cuidado à pessoa com ferida (Ferreira et al., 2008). Segundo Ferreira et al. (2008), é um universo da enfermagem, que cada dia exige mais multiplicidade de conhecimento e versatilidade na atuação. No nosso estudo, os participantes revelaram que procuraram adquirir conhecimentos (formal e informalmente) para assim, melhor adequar a sua tomada de decisão nesta área do cuidado.

Vários autores afirmam, que os conhecimentos, são um fator fundamental para a tomada de decisão adequada e eficiente no cuidado à pessoa com ferida crónica (Lamond & Farnell, 1998; Hallett et al., 2000; Furtado, 2003; Harrison, 2006; Benbow, 2007, 2011; Oliveira et al., 2008; Salomé, 2009; Reinhardt & Keller, 2009; Gaspar et al., 2010; Martinho & Gaspar, 2012; Monteiro et al., 2012; Alves et al., 2012; Casey, 2012; Fonseca et al., 2012). Este facto foi mencionado por todos os participantes. No entanto, apesar da fonte de conhecimentos ser variada, como foi referida pelos participantes, adquirida entre colegas, em fontes científicas, na formação continua, importa referir que esse conhecimento tem que ser baseado na evidência científica (Fonseca et al., 2012).

A Ordem dos Enfermeiros (2006:1), refere “prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis”. Um aspeto relevante é que apenas um participante referiu a utilização do conhecimento proveniente de fontes científicas, referindo “*procuro estar no estado da arte*”. Sabe-se que é importante

utilizar as fontes de informação obtidas pela investigação, mas isso nem sempre acontece. Fonseca (2006) conclui no seu estudo, que os *resultados da investigação* e a forma como os seus resultados são utilizados na fundamentação da tomada de decisão, eram pouco referidos pelos participantes. O autor, mencionou que foi um facto preocupante, pois revela as dificuldades que existem no terreno das práticas clínicas em aceder a este tipo de informação. Neste domínio McCaughan et al.(2002), desenvolveram um estudo sobre as barreiras para uso da investigação científica na tomada de decisão em enfermagem, que são: problemas de interpretação, como por exemplo uma excessiva estatística que dificulta a valorização e confiança do enfermeiro no uso dos resultados obtidos da pesquisa; barreiras organizacionais e culturais; grau académico (enfermeiros com maior grau académico tem maior facilidade de usar a investigação científica); competências e motivações no uso da investigação. A transferência dos contributos da prática baseada na evidência para a prática pode demorar cerca de 17 anos (Stillwell et al., 2010 Cit. por Fonseca et al., 2012). Como afirmam os autores Baranoski e Ayello (2006) e Ashton e Price (2006), o desenvolvimento da investigação no tratamento e prevenção da pessoa com ferida crónica é essencial, pois possibilita a construção de um corpo de conhecimento próprio, a melhoria dos cuidados prestados ao cliente, assente em conhecimento científico e o enriquecimento do enfermeiro e da sua prática.

Embora alguns participantes não façam referência à fonte do seu conhecimento, outros referem que os conhecimentos adquiridos foram obtidos na formação contínua, como cursos formais e pós-graduação em feridas e viabilidade tecidular. Como refere Alves et al. (2012), a procura por pós-graduações e mestrados nesta área têm aumentado em Portugal e na Europa por parte dos profissionais de saúde, o que comprova a necessidade de especialização e atualização constante nesta área. No entanto, o conhecimento dos participantes também foi obtido, “*não a nível de formação formal, não é, mas que entre partilha*”. Thompson et al. (2004), referem que a maior fonte de informação são os colegas, pois fornecem informação no contexto específico, clinicamente relevante, que tem em conta as necessidades da situação, em tempo eficiente e requer o mínimo de avaliação crítica. Todavia, segundo os autores, esta informação pode não ser de qualidade ou válida. Também Neves (2005), refere uma

forma dos enfermeiros adquirirem o conhecimento é através da partilha das experiências com colegas, ou simplesmente por verem os outros fazer.

A importância da formação no cuidado à pessoa com ferida, foi estudado por vários autores. Os autores Lamond e Farnell (1998), concluíram que a formação no auxílio da tomada de decisão no tratamento pode ser vantajosa, como forma de tornar a decisão mais precisa. Também Hallett et al. (2000), no seu estudo obtiveram que a tomada de decisão dos enfermeiros é baseada em fontes de informação. Alves e Vieira (2012), realizaram um estudo que teve como objetivo investigar a formação pré-graduada sobre prevenção e tratamento de feridas dos cursos de saúde em Portugal, designadamente Enfermagem, Medicina, Ciências Farmacêuticas, Farmácia e Podologia. Os resultados do estudo indicaram que relativamente ao número de horas dedicado ao ensino de feridas, estes demonstram uma mediana de 24,75 (13,50-24,75) horas, inserida no tempo total de ensino pré-graduado para os cursos estudados. No entanto, a distribuição não é homogênea, cada curso apresenta um número de horas distinto, verifica-se que é no curso de Enfermagem onde são dedicadas mais horas para o ensino em feridas (Alves & Vieira, 2012). Os autores Alves e Vieira (2012), concluíram que existe um défice na formação pré-graduada quando comparado com as orientações internacionais; o número de horas sobre feridas é limitado, a lecionação é maioritariamente teórica e os conteúdos lecionados são insuficientes. Como refere Alves et al.(2012:6), “É exigido aos profissionais de saúde conhecimentos técnico-científicos para abordar todas as necessidades do doente com feridas. Uma formação de base atualizada e uma formação contínua devem ocupar importantes dimensões nestas profissões”.

Verifica-se que a mobilização adequada do saber e atualização constante desse mesmo saber, é dos fatores que mais contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica eficaz e com melhores resultados.

2.2.4 Recurso a terceiros

Nesta categoria, surgiram três subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Da análise dos *verbatim*s, resulta que os participantes recorrem a terceiros para decidirem qual o tratamento a realizar. Como refere um participante, “é muito raro

efetuar um penso complexo sem pedir opinião, sem fazer uma partilha de pensamento/avaliação”.

Na subcategoria, *opinião de colegas da equipa*, obtivemos cinco unidades de registo. Formulamos a subcategoria, *opinião de peritos*, pois os enfermeiros referiram que recorriam a outros colegas com larga experiência na área no cuidado à pessoa com ferida. Para enfermeiros peritos, adotámos a definição de Benner (2001), considerando que são aqueles que compreendem de maneira intuitiva cada situação e possuem capacidade de julgamento e competência. Obtivemos duas unidades de registo.

Na subcategoria, *articulação com o médico*, obtivemos três unidades de registo. É em cooperação com o médico que o enfermeiro faz a construção da sua decisão, como é referido por um participante que afirma que, *“às vezes também a colaboração um bocadinho com os médicos”*. Ou, por outro lado, o contributo médico pode ser considerado uma restrição à tomada de decisão, referindo um enfermeiro que *“(…)é a minha palavra contra a palavra dele, é o meu saber contra o saber dele”*.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 6.

Quadro 6- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrados na categoria *recurso a terceiros*

Categoria – Recurso a terceiros		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Opinião de colegas da equipa	<i>“é muito raro efetuar um penso complexo sem pedir opinião, sem fazer uma partilha de pensamento/ avaliação”</i>	5
	<i>“nós conversamos todos os dias, nós falamos sobre a forma como se apresentam as feridas quase que diariamente”</i>	
	<i>“a decisão é partilhada, elementos da equipa com quem a partilhamos também vão ter alguma influência”</i>	
	<i>“uma decisão que nós tomamos enquanto equipa, qual a melhor opção de tratamento para aquela ferida”</i>	
	<i>“partilha”</i>	
Opinião de peritos	<i>“sabendo que existe alguém que tem mais conhecimentos na área fazendo uma descrição, ou mesmo mostrando fotografias, posso vir a tomar uma decisão depois mais tarde diferente”</i>	2
	<i>“aconselhar-me com quem eu sei que tem formação e experiência na área”</i>	
Articulação com o médico	<i>“às vezes também a colaboração um bocadinho com os médicos”</i>	3
	<i>“a consulta funciona em conjunto com a consulta médica portanto muitas vezes o médico é que prescreve o tratamento”</i>	
	<i>“o cirurgião que decide, e é a minha palavra contra a palavra dele, é o meu saber contra o saber dele”</i>	

Os conhecimentos podem ser adquiridos por partilha entre pares, foi um dos nossos resultados anteriormente mencionado, também é através da partilha entre pares, que o

enfermeiro toma a sua decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Segundo Deodato (2010:182), “o enfermeiro procura na pessoa ao seu cuidado e nos seus familiares, contributos para a decisão que vai tomar, dirige-se igualmente aos restantes membros da equipa de saúde. Procura neles o enriquecimento das alternativas possíveis para uma escolha mais adequada (...) envolvendo outros na procura da solução para o problema identificado”. Os terceiros mencionados pelos participantes, no auxílio da tomada de decisão, foram os colegas da equipa, peritos na área e o médico. O estudo demonstra, que em várias situações, é através da discussão e planeamento em equipa que se chega ao tratamento mais adequado à pessoa com ferida crónica.

Obtivemos, os peritos na área do cuidado à pessoa com ferida, como um recurso dos participantes, este facto está presente na unidade de registo, “*sabendo que existe alguém que tem mais conhecimentos na área fazendo uma descrição, ou mesmo mostrando fotografias, posso vir a tomar uma decisão depois mais tarde diferente*”. Os nossos resultados estão de acordo com os de Hallett et al. (2000) e Ashton e Price (2006), quando os autores referem que estes elementos são uma valiosa fonte para auxiliar na escolha do tratamento adequado, pois como refere Hagbaghery et al. (2004:4), o enfermeiro perito têm “um nível de conhecimentos, habilidades e experiências que o torna como perito na sua prática”. Segundo, Rolfe (1999) Cit. por Jesus (2004), o que distingue um enfermeiro experiente de um perito é a utilização inteligente e prudente do conhecimento experiencial. O novo modelo concetual no cuidado à pessoa com ferida, visa que os cuidados sejam prestados por profissionais peritos na área em articulação com a equipa multidisciplinar (Krasner et al. 2012 Cit. por Sousa, 2012).

Com os nossos resultados, fica claro que o enfermeiro recorre ao médico como auxílio para a sua tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Todavia, alguns participantes referem a existência de conflito com alguns médicos da sua equipa.

Assim, concluímos que, o *recurso a terceiros*, opinião de colegas da equipa e de peritos, é um contributo riquíssimo para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. No entanto, a articulação com médico poderá ser considerado como obstáculo à tomada de decisão.

2.2.5 Opinião do cliente

Nesta categoria, surgiram três subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Na subcategoria obtida, *envolvimento do cliente e família no cuidado à ferida crônica*, considerámos que o enfermeiro quando presta cuidados ao cliente com ferida crônica envolve, o cliente e sua família, no plano de cuidados e tem em consideração a sua opinião na escolha do tratamento a seguir. Obtivemos seis unidades de registo.

A subcategoria, *adesão do cliente ao cuidado*, foi obtida através de três unidades de registo, porque os enfermeiros verbalizaram que só através da concordância, cooperação e parceria com o cliente, é possível seguir com o tratamento. Assim, a adesão do cliente é fundamental no processo decisório. Entenda-se adesão ao regime terapêutico, como um processo dinâmico que deve ser cuidadosamente acompanhado, avaliando a motivação do cliente e o aparecimento de fatores que a possam influenciar negativamente (World Health Organization, 2003).

Na subcategoria, *confiança estabelecida com enfermeiro*, considerámos a segurança que o cliente tem no enfermeiro que presta cuidados, pois só assim compactua e acredita nos cuidados que estão a ser realizados. Obtivemos uma unidade de registo, *“também depende da relação que temos com os nossos doentes”*.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 7.

Quadro 7- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crônica, integrados na categoria *opinião do cliente*

Categoria – Opinião do cliente		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Envolvimento do cliente e família no cuidado à ferida crônica	<i>“perceber com a pessoa ou com família as causas”</i>	6
	<i>“Tenho em conta o que a pessoa me diz”</i>	
	<i>“a própria experiência em relação à sua ferida”</i>	
	<i>“ferida poderá também estar a causar àquela pessoa”</i>	
	<i>“como é que a pessoa se sente, melhorar a colocação de um penso ou um adesivo pode ser importante no sentido de alguma mobilidade”</i>	
	<i>“utentes já com a sua próprio história de vida que lhes permite ter alguma sensibilidade à tomada de decisão”</i>	
Adesão do cliente ao cuidado	<i>“portanto pode haver aqui uma colaboração”</i>	3
	<i>“se mostre motivada para aquilo que lhe vai ser pedido ter resultado”</i>	
	<i>“aqui a minha decisão, a decisão terapêutica cruza-se com adesão, com adesão dos próprios doentes porque se não se cruzarem estes dois vetores nada feito”</i>	

Confiança estabelecida com enfermeiro	<i>“esta é uma confiança adquirida, não é uma confiança de início por isso a tomada de decisão do que vamos fazer também tem em conta todas estas situações”</i>	1
---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Este fator, *opinião do cliente*, foi mencionado por quase todos os participantes. Este resultado está de acordo com que Deodato (2010) refere, quando afirma que o enfermeiro ao planejar os seus cuidados, numa decisão clínica, ou na resolução de um problema ético, permite a participação do outro, considerando a sua opinião. Como afirma o mesmo autor (2010:174), o enfermeiro “Não se retira desta responsabilidade pela decisão, transferindo-a para a pessoa. Isto seria aquilo que poderia ser considerado como um respeito absoluto pela autonomia, mas, no plano ético e também deontológico, seria um abandono da responsabilidade profissional”. Assim, nesta relação assimétrica, entre enfermeiro e cliente, em que o primeiro respeita a liberdade do outro e não deixa de assumir a sua responsabilidade profissional e o segundo, como papel ativo e participativo no processo decisório (Deodato, 2010). No entanto, segundo o mesmo autor Deodato (2010), a decisão é da responsabilidade do enfermeiro, a quem compete decidir sobre cuidados de enfermagem, mas a construção dessa decisão considera aquilo que a pessoa em causa pretende para si. O autor acrescenta que, “Envolver, não significa devolver, mas incluir na procura da melhor solução” (Deodato, 2010:175). Este envolvimento, põe em causa duas questões diferentes, estudadas por Deodato (2010). No que se refere à primeira questão, está em causa a necessidade da avaliação sobre se a pessoa se encontra em condições de consciência para decidir. Se a pessoa é detentora de faculdades mentais que lhe permitam formar juízo sobre si e sobre a sua vida (Deodato, 2010). O envolvimento da pessoa subentende um estado normal de consciência, avaliado pelo enfermeiro e a capacidade jurídica para consentir em saúde e em enfermagem, adquirida plenamente aos 16 anos (Deodato, 2010). O autor Deodato (2010), verificou que o respeito pelo cliente e pela sua liberdade de decidir sobre si, assume proteção jurídica e determina a sua participação na construção das decisões de saúde, sempre que este demonstre capacidade para tal, conforme a avaliação feita no contexto e no tempo concreto. No que refere à segunda questão, o mesmo autor refere que somos conduzidos a refletir sobre se no respeito pela autonomia do outro, consideramos ou não alguns limites ao exercício da sua vontade, como por exemplo, violadoras da vida. Considera-se que essas decisões “ficariam fora o âmbito do

exercício da autonomia, uma vez que colocariam em causa a base ética para o exercício da liberdade, ou seja a dignidade humana”(Deodato, 2010:178).

Assim, o enfermeiro ao cuidar da pessoa com ferida crônica, deverá escutar a sua opinião e envolvê-la no processo decisório, chegando ao acordo de qual o tratamento mais adequado. Considerando que a responsabilidade da decisão é do enfermeiro, mas respeitando a autonomia da pessoa com estado normal de consciência e capacidade jurídica para consentir.

O envolvimento do cliente na tomada de decisão clínica é um indicador da qualidade dos cuidados, pois a inclusão da perspectiva do cliente tem como consequências a melhoria dos cuidados de enfermagem e dos resultados do cliente (Ruland, 1999 Cit. por Reis, 2009). O enfermeiro têm o conhecimento profundo sobre as feridas crônicas, enquanto que o cliente é perito nas suas crenças, valores e preferências (Campos & Graveto, 2009). Este resultado é expresso na unidade de registo, *“a própria experiência em relação à sua ferida”*. A tomada de decisão terá de ser baseada no respeito pelo cliente (Benbow, 2006), como tal exige-se ao enfermeiro o dever de explicar todos os riscos e benefícios, antes do cliente decidir concordar ou não com o tratamento.

Assim, como a opinião do cliente, igualmente o envolvimento dos familiares, promove a defesa da vida e da dignidade da pessoa (Deodato, 2010). Segundo autor Deodato (2010), este envolvimento visa a promoção da autonomia do cliente a quem o cuidado se destina, da mesma forma que relaciona o respeito pela auto-governança individual com a construção da decisão partilhada. Frequentemente, são as informações recolhidas, durante o diálogo com o cliente e a sua família, sobre a história da lesão que influenciam qual a escolha do tratamento, como é expresso na unidade de registo, *“perceber com a pessoa ou com família as causas”*.

Vários autores afirmam, que é difícil obter estudos com alta evidência científica sobre a eficácia do material de pensos, como tal é importante envolver o cliente na escolha do penso ideal (Harrison, 2006; Vermeulen et al., 2007; Benbow, 2011).

A comunidade científica, confirma a importância de envolver os clientes na tomada de decisão. No estudo de Hagbaghery et al.(2004), os participantes referiram que um contributo para a tomada de decisão clínica é a estreita relação com o cliente, pois é importante para fazer uma compreensão profunda do quadro clínico. Os autores Vermeulen et al. (2007), estudaram as diferentes opções sobre material de penso na

perspetiva dos médicos, enfermeiros e clientes. Referem que são geralmente baseadas nas preferências pessoais, porque as evidências da eficácia do material e orientações sobre cuidados locais às feridas são escassos. Os atributos que os médicos, enfermeiros e clientes consideraram mais importantes nas suas preferências foram a dor durante a troca de penso, a duração da hospitalização e tempo de cicatrização das feridas (Vermeulen et al., 2007). Concluíram que, os médicos tiveram em consideração menor tempo de hospitalização, os enfermeiros na redução da dor e os clientes na rápida cicatrização de feridas. Com estes resultados, os autores Vermeulen et al. (2007), provaram que as preferências dos clientes podem ser incorporados na tomada de decisão clínica.

Os resultados obtidos no nosso estudo, demonstram a importância da adesão do cliente no cuidado estabelecido para a sua ferida. Pois só assim, as intervenções planeadas entre enfermeiro e cliente, têm sucesso para o resultado esperado, como é expresso na unidade de registo, *“aqui a minha decisão, a decisão terapêutica cruza-se com adesão, com adesão dos próprios doentes porque se não se cruzarem estes dois vetores nada feito”*. O estudo de Freeman (2007) Cit. por Friman et al. (2011), refere que a relação de confiança estabelecida entre cliente e enfermeiro reduziu a recorrência da úlcera de perna. Este facto, reforça a ideia que é essencial envolver o cliente no plano de tratamento.

A confiança estabelecida e depositada no enfermeiro, contribui igualmente para a tomada de decisão. Ou seja, mesmo que o enfermeiro considere que um determinado tratamento seja o mais adequado, se o cliente não concordar, tem de respeitar a sua vontade, pois se o cliente ainda não confiar no enfermeiro, não vai acreditar no sucesso do tratamento. Assim, inicialmente a tomada de decisão do enfermeiro, terá de ser alterada e só após a confiança construída, poderá mudar-se esse tratamento para o mais adequado. Este resultado emerge no estudo, quando um participante afirma que, *“esta é uma confiança adquirida, não é uma confiança de início por isso a tomada de decisão do que vamos fazer também tem em conta todas estas situações”*. Como refere Friman et al. (2011), é importante discutir a cicatrização da ferida com o cliente, de forma a que este compreenda o seu tratamento, assim o cliente sente-se como parte responsável do seu processo de cura.

Os nossos resultados, na linha de pensamento de Deodato (2010), concluem que na tomada de decisão clínica e ética será uma obrigatoriedade considerar a opinião do cliente, em vez de se considerar apenas a decisão do profissional de saúde. É de realçar que é através do envolvimento do cliente e família, que atingimos a adesão e confiança, para que a escolha da alternativa adequada resulte com sucesso. Principalmente nesta área do cuidado, onde se verifica que há fatores sistémicos (stress, ansiedade, depressão) que intervêm na cicatrização das feridas. Logo, para o seu encerramento e consequente qualidade de vida, é necessário estar estabelecida uma relação com o cliente, para que este colabore na construção da decisão de qual o tratamento adequado e confie no enfermeiro. Assim, concluímos que, *opinião do cliente*, é um fator que contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crônica.

2.2.6 Resultados de enfermagem planeados

Nesta categoria, surgiram duas subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Da análise dos *verbatim*s, obtivemos a subcategoria, *resultado paliativo e curativo*, ou seja, quando o enfermeiro está a tomar a sua decisão na escolha do tratamento, tem em conta os objetivos para aquela lesão, e assim decide qual o cuidado apropriado. É o que se retira da unidade de registo, “*se objetivo for paliativo então o tratamento a desenvolver tem esse objetivo*”.

Na subcategoria, *resultado paliativo*, obtivemos quatro unidades de registo e na subcategoria, *resultado curativo*, emergiram três unidades de registo.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 8.

Quadro 8- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crônica, integrados na categoria *resultados de enfermagem planeados*

Categoria - Resultados de enfermagem planeados		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Resultado paliativo	“se objetivo for paliativo, então o tratamento a desenvolver tem esse objetivo”	4
	“se é uma ferida que se quer a cura ou se é uma ferida que...”	
	“estamos em cuidados paliativos?”	
	“portanto desta questão de ser crónico ou não é importante”	
Resultado curativo	“objetivo é curativo e então de acordo com esse objetivo vou atuar”	3
	“uma ferida que se quer que tenha uma cura completa, portanto isso faz com que a decisão seja outra”	
	“insuficiência renal e depósitos de cálcio, estamos a falar do quê?”	

Com os resultados, percebeu-se claramente que o objetivo do tratamento, curativo ou paliativo, contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Sabe-se que os enfermeiros quando prestam cuidados, planeiam os resultados que pretendem atingir. Assim, nesta área do cuidado é igualmente importante o enfermeiro definir objetivos e traçar metas, em conjunto com o cliente, para a lesão. Se estamos perante uma ferida maligna, sabe-se que é uma lesão que dificilmente cicatriza. As feridas malignas são um subgrupo das feridas crónicas e uma das complicações do cancro, que tem repercussões devastadoras para o cliente, família e cuidador, uma vez que significa, normalmente, progressão e incurabilidade da doença, pois quando ocorre um agravamento da ferida há, paralelamente, uma deterioração no estado geral de saúde do cliente (Woo & Sibbald, 2010; Lund-Nielsen et al., 2011). Assim, como resultado esperado curativo ou paliativo, o enfermeiro avalia, entre a cicatrização da lesão e a ação meramente paliativa, respetivamente. Se o resultado esperado de enfermagem é paliativo, o objetivo passa pelo bem-estar do cliente e do seu círculo familiar (Rocha et al., 2006), de modo a minimizar o impacto da ferida maligna, maximizando a qualidade de vida nas diferentes vertentes (Agreda, 2003). Por outro lado, se “*uma ferida que se quer que tenha uma cura completa, portanto isso faz com que a decisão seja outra*”, logo é um fator que contribui para a tomada de decisão.

Em suma, quando enfermeiro presta cuidados à pessoa com ferida crónica, tem consideração os resultados esperados planeados na sua tomada de decisão.

2.2.7 Experiência clínica

Iremos analisar e discutir neste sub-subcapítulo, a categoria *experiência clínica*.

Através da análise dos *verbatim*s, obtivemos esta categoria, com quatro unidades de registo, em que os participantes referem que a experiência no cuidado à pessoa com ferida crónica contribui para a sua tomada de decisão. Adotamos a definição de Benner e Tanner (1987), que refere que os profissionais experientes conseguem uma aquisição de dados mais sistemática, rapidamente identificam os factos mais importantes, limitam o número de alternativas e obtém um diagnóstico mais adequado. Este resultado está presente na unidade de registo, “*experiência que tem haver também com o tempo ou com casos que tu possas ter tido semelhantes*”.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 9.

Quadro 9- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrados na categoria *experiência clínica*

Categoria – Experiência clínica	
Unidade de Registo	UE
<i>“própria experiência, portanto se no meu local de trabalho existirem constantemente pessoas com feridas a minha experiência vai ser maior”</i>	4
<i>“perante a minha experiência”</i>	
<i>“experiência que tem haver também com o tempo ou com casos que tu possas ter tido semelhantes”</i>	
<i>“minha experiência”</i>	

Como afirma Benner (2001:12), “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento”. Acrescenta ainda que, “O modo como tratamos a nossa aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e educação serão tanto colectivas como cumulativas, e ligadas de modo vital com prática clínica” (Ibidem). Este facto também foi expresso pelos nossos participantes, quando referem que a experiência clínica contribui para a sua tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica.

Esta categoria, *experiência clínica*, tem sido estudada por vários autores que se dedicam ao cuidado da pessoa com ferida (Lamond & Farnell, 1998; Moraes et al., 2008; Salomé, 2009; Reinhardt & Keller, 2009; Gaspar et al., 2010; Martinho & Gaspar, 2012; Casey, 2012).

Nesta área do cuidado, a experiência clínica é fundamental, pois é através das vivências anteriores, que o enfermeiro está desperto para determinados sinais e sintomas do cliente e para material de penso com resultado na prática. Quando o enfermeiro passa por essas situações análogas, está sensibilizado para os pormenores e consegue fazer um julgamento adequado da situação, assim como antever potenciais danos para o cliente com ferida crónica. Como refere Neves (2005:11), o enfermeiro “percebe a individualidade do outro e reflete sobre essas particularidades, conseguindo transformar uma vivência em experiência, produzindo conhecimento que poderá transpor para outras situações semelhantes”. Assim, a experiência clínica, leva a decisões mais consistentes e a um maior amadurecimento dos cuidados prestados. Como afirmam autores Hagbaghery et al. (2004), os níveis elevados de experiência, levam os profissionais a tomarem decisões de forma mais sustentada na sua prática clínica.

O enfermeiro durante a prestação de cuidados à pessoa com ferida crónica, passa por diversas situações tirando partido delas. No entanto, cada experiência é vivida de maneira diferente porque cada enfermeiro é um ser humano diferente. Mesmo passando por situações idênticas, cada um dá valor à sua experiência de forma distinta. Assim, para além das experiências de cada um, aumentando o seu campo de conhecimentos com o saber-fazer, importa referir que cada enfermeiro coloca a sua subjetividade, tirando partido da situação à luz dos seus valores e princípios. Como refere Benner (2001:38), “Cada pessoa traz a sua própria história, o seu caminho intelectual e a sua vontade de aprender quando está perante uma situação clínica particular”. Verifica-se que as decisões tomadas são um reflexo de tudo o que o enfermeiro é enquanto pessoa (Neves, 2005). No nosso estudo, este facto foi obtido quando os participantes referem a “*minha*” experiência, dão valor à sua própria experiência, como única e diferente de outro colega.

Embora a experiência, tenha sido abordada por vários autores como fator que influencia a tomada de decisão clínica no cuidado à pessoa com ferida, no nosso estudo nem todos os participantes fazem referência a este facto. No entanto, concluímos a *experiência clínica*, é um fator que contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. Verifica-se também, a subjetividade que cada participante refere em relação à sua experiência.

2.2.8 Tempo disponível

Iremos analisar e discutir neste sub-subcapítulo, a categoria *tempo disponível*.

Da análise dos *verbatim*s, obtivemos esta categoria, com duas unidades de registo. Ou seja, “o *tempo*” que o enfermeiro dispõe também contribui para as decisões que toma nesta área do cuidado.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 10.

Quadro 10- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrados na categoria *tempo disponível*

Categoria- Tempo disponível	
Unidade de Registo	UE
"o tempo"	2
"depois é sabermos organizar o nosso tempo"	

O tempo cronológico é fundamental para uma tomada de decisão adequada e adaptada à pessoa (Jesus, 2004). Como já foi descrito no enquadramento concetual, a tomada de decisão clínica oscila entre o raciocínio analítico e intuitivo do enfermeiro dependendo da complexidade da atividade, da quantidade de informação e do tempo disponível para julgar e decidir (Dowding & Thompson, 2003). Assim, segundo os autores Dowding e Thompson (2003), se a tarefa for pouco estruturada, existir muita informação clínica e pouco tempo para tomar decisões, o enfermeiro aproxima-se da intuição no processo cognitivo. Caso contrário, perante uma atividade bem estruturada, existir pouca informação clínica e muito tempo para tomar decisões, o processo cognitivo torna-se mais racional e analítico (Dowding & Thompson, 2003). Verifica-se que a falta de tempo inibe o raciocínio criativo e analítico do enfermeiro, obriga-o a dedicar-se menos ao indivíduo e a definir prioridades para dar respostas às intervenções de enfermagem planeadas (Jesus, 2004). Foi neste sentido que os participantes referiram a necessidade de definir prioridades, devido à falta de tempo para realização dos cuidados, como emerge quando um participantes refere, *"as prioridades são o que mais definem a nossa tomada de decisão, não é, temos que construir, temos vários doentes a nosso cargo e depois é naquele turno, no início logo, no início do turno depois da passagem de turno é pensarmos o que é que é prioritário aqui, e depois é termos em atenção também, tomarmos em conta que podem haver coisas que não estamos à espera"*.

Também Baker (2001) Cit. por Hagbaghery et al. (2004), relata que a falta de tempo e a sobrecarga do trabalho afetam negativamente a tomada de decisão, porque os enfermeiros não podem compreender as necessidades dos clientes. Assim como, Bucknall (2003) Cit. por Jesus (2004:75), verificou que a situação do cliente, os recursos disponíveis e as relações interpessoais, além do tempo disponível e do nível de risco envolvido, tanto para o cliente como para o enfermeiro, constituíram os fatores que influenciavam a tomada de decisão clínica.

Concluimos que, o *tempo disponível*, para cuidar da pessoa portadora de ferida crónica, contribui para a tomada de decisão. Assim, o enfermeiro necessita de tempo para conhecer o cliente e adequar os cuidados às suas convicções e preferências.

2.2.9 Segurança científica

Iremos analisar e discutir neste sub-subcapítulo, a categoria *segurança científica*. Da análise dos *verbatim*s, emergiu esta categoria, com apenas uma unidade de registo. Ou seja, a própria confiança do enfermeiro e o reconhecimento do seu saber em tomar decisões, contribui no cuidado à pessoa com ferida crónica. A unidade de registo relativa a esta categoria é apresentada no quadro 11.

Quadro 11- Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrados na categoria *segurança científica*

Categoria- Segurança científica	
Unidade de Registo	UE
“confiança que nós temos para exercer determinada decisão”	1

Os nossos resultados, demonstram que a, *segurança científica*, ou seja, a autoconfiança do enfermeiro contribui para a sua tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, como emerge no estudo com a unidade de registo, “*confiança que nós temos para exercer determinada decisão*”.

Os autores Hagbaghery et al.(2004), referem que para além dos fatores *nível de formação, ser apoiado e estrutura organizacional*, o facto do enfermeiro se sentir *confiante e competente*, afeta a tomada de decisão clínica. De acordo com os participantes do estudo mencionado, a autoconfiança é considerada um fator vital na tomada de decisão clínica eficaz. Os enfermeiros com mais confiança, têm melhor controlo sobre seu trabalho, tomam decisões mais eficientes e intervêm de forma mais independente (Hagbaghery et al.,2004). A autoconfiança tem uma relação estreita com autoeficácia, Roberts et al. (1981) Cit. por Hagbaghery et al. (2004). A autoeficácia definida por Bandura (1997) Cit. por Hagbaghery et al.(2004), como uma situação de autoconfiança específica que indica o nível em que se acredita realizar com sucesso uma tarefa. Pessoas autoconfiantes têm um *locus de control* interno e acreditam na sua capacidade de influenciar os resultados (Bandura,1997 Cit. por Hagbaghery et al.,2004).

Bandura (1997) Cit. por Hagbaghery et al.(2004) refere que, a falta de autoconfiança entre os enfermeiros é considerado como um dos principais inibidores da tomada de decisão eficaz. Com os nossos resultados, verificamos que o facto do enfermeiro sentir-se seguro das suas competências e conhecimentos, contribui de forma positiva para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica.

Como síntese do subcapítulo, verificamos que existem vários fatores que contribuem de forma positiva, sendo considerados facilitadores da tomada de decisão, e de forma negativa, visto como limitadores da tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. O primeiro fator, encarado como positivo é a *avaliação do enfermeiro*, sobre o cliente, ferida, tratamento instituído e meio envolvente de modo a selecionar a informação pertinente e assim estabelecer o tratamento adequado. O fator, *recursos disponíveis*, pode tornar-se facilitador à tomada de decisão clínica no cuidado à pessoa com ferida crónica. Por outro lado, pode dificultar, quando o enfermeiro se depara com escassos recursos materiais, pecuniários e humanos, um ambiente de prestação de cuidados inadequado e ausência de apoios normativos na escolha do tratamento adequado. O fator, *mobilização do conhecimento*, é dos fatores que mais contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, no entanto, a falta deste, pode ser visto como uma limitação à tomada de decisão eficaz. O fator, *recurso a terceiros*, opinião de colegas da equipa e dos peritos, é um contributo facilitador para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Todavia, a articulação com médico poderá ser considerado como obstáculo à tomada de decisão. O fator, *opinião do cliente*, é considerado como um auxílio valioso para a tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. Outro fator que contribui para a tomada de decisão, é os *resultados planeados de enfermagem*, o enfermeiro ao considerar os objetivos para a lesão, direciona as intervenções adequadas. O fator, *experiência clínica*, vista como aprendizagem das vivências anteriores, contribui de forma positiva para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, no entanto, a falta da experiência faz com que o enfermeiro não esteja desperto para determinados sinais e sintomas e o seu julgamento da situação seja limitado. Verificamos também que o fator, *tempo disponível*, para cuidar da pessoa portadora de ferida crónica, quando limitado, contribui negativamente para a tomada de decisão, ou seja, o enfermeiro necessita de tempo para

conhecer o cliente e adequar os cuidados às suas convicções e preferências. Por último, obtivemos o fator, *segurança científica*, que considera a autoconfiança do enfermeiro na prestação de cuidados sobre as suas competências e conhecimentos, sendo considerado como facilitador da tomada de decisão.

2.3 Modo de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

As categorias obtidas resultaram das respostas dos participantes, quando estes relatam uma situação em que tenham prestado cuidados à pessoa com ferida crónica, descrevendo o modo como foram decidindo. As narrativas da terceira e última questão, foram categorizadas a partir da revisão da literatura e das respostas dos participantes.

Na categoria, *utilização do processo de enfermagem*, obtivemos as subcategorias que demonstram uma mescla entre as fases do processo de tomada de decisão clínica e ética, tais como *avaliação inicial*, *formulação diagnóstica*, *construção da decisão em equipa multidisciplinar*, *planeamento de intervenções*, *implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados*, *avaliação final dos resultados esperados*, *continuidade dos cuidados* e *incentivo ao autocuidado do cliente e família*. Na categoria, *ausência do processo de enfermagem*, emergiram as subcategorias, *decisão não deliberada* e *orientação de outro profissional*.

Iremos seguidamente expor cada uma delas consoante foram sendo obtidas e com a sequência decrescente, face ao número de unidades de registo.

2.3.1 Utilização do processo de enfermagem

Nesta categoria, surgiram oito subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Através da análise dos *verbatim*s, obtivemos a subcategoria, *avaliação inicial*, com oito unidades de registo. Considerámos esta subcategoria, como a primeira etapa do processo de enfermagem em que o enfermeiro faz a recolha dos dados, de forma a identificar os diagnósticos de enfermagem, para seleccionar resultados esperados e as intervenções adequadas (Potter & Perry, 2009).

Na subcategoria, *formulação diagnóstica*, emergiram sete unidades de registro. Considerámos os processos de obtenção da história do cliente, realização do exame físico, organização de dados e análise dos dados obtidos, ou seja, o enfermeiro dá significado aos dados que recolheu na avaliação inicial (Potter & Perry, 2009).

Com a subcategoria, *construção da decisão em equipa multidisciplinar*, considerámos quando o participante recorre à equipa como estratégia de procurar a solução (Deodato, 2010). A equipa funciona assim, como mais um recurso para a busca da solução, permitindo nomeadamente a discussão de pontos de vista diferentes (Deodato, 2010). Segundo o autor Deodato (2010), perante a dificuldade em decidir, recorre-se ao profissional de saúde que está próximo, assim obtivemos, oito unidades de registro. Este resultado é facilmente identificado na seguinte unidade de registro, “*mudar o tratamento já com a opinião de outra colega*”.

Na subcategoria, *planeamento de intervenções*, obtivemos seis unidades de registro, nesta etapa considerámos a utilização dos recursos no sentido de ajudar o cliente a atingir os objetivos desejados, de forma a que o enfermeiro estabeleça prioridades e programe as intervenções para os resultados pretendidos (Potter & Perry, 2009).

Na subcategoria, *implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados*, seis unidades de registro, considerámos nesta subcategoria quando o enfermeiro executa os cuidados traçados para alcançar os objetivos delineados e os resultados esperados, os cuidados de enfermagem são iniciados e terminados (Potter & Perry, 2009).

Na subcategoria, *avaliação final dos resultados esperados*, seis unidades de registro, é avaliação das fases anteriores, se os objetivos foram eficazmente atingidos ou não (Potter & Perry, 2009).

Com a subcategoria, *continuidade dos cuidados*, cinco unidades de registro, considerámos quando o participante refere que cumpre com o tratamento anteriormente instituído, ou seja, há um seguimento dos cuidados estipulados pela equipa. Este resultado está presente na unidade de registro, “*mantendo uma linha condutora*”.

Na subcategoria, *incentivo ao autocuidado do cliente e família*, obtivemos três unidades de registro. Considerámos quando os participantes referem que estimulam o cliente e família ao autocuidado, que é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar (Orem,

1980). Segundo Orem (1980), tem como propósito, as ações, que, seguindo um modelo, contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações intituladas requisitos de autocuidado (Orem, 1980).

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 12.

Quadro 12- Modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria *utilização do processo de enfermagem*

Categoria- Utilização do processo de enfermagem		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Avaliação inicial	<i>“Sra. jovem mas que estava em estado vegetativo”</i>	8
	<i>“em que fases é que eu tenho de cicatrização em que se apresenta aquela ferida”</i>	
	<i>“Sra. tinha provavelmente mais área de úlceras do que propriamente pele integra”</i>	
	<i>“como é que a pessoa está, qual é o estado da pessoa, e que penso é que a pessoa já trazia (...)pelo aspeto, pelo tipo de tecidos, pelo exsudado, o que é que a pessoa necessita”</i>	
	<i>“úlceras de pressão na sagrada”</i>	
	<i>“vinha com o diagnóstico de gangrena de fournier, com uma lesão a nível do escroto, inguinal direita”</i>	
	<i>“uma ferida considerada crónica”</i>	
	<i>“homem que tinha esclerose múltipla e tinha uma insensibilidade marcada”</i>	
Formulação diagnóstica	<i>“difícil também de proporcionar um posicionamento correto, ahh portanto e essa pessoa veio a desenvolver uma úlcera de pressão no isquion”</i>	7
	<i>“a Sra. tinha ficado caída em casa, e portanto tinha imensas feridas”</i>	
	<i>“depois temos os exames complementares e temos dopplers feitos, e o tratamento mais adequado seria uma terapia compressiva”</i>	
	<i>“não tinha muita viabilidade pronto, a Sra. também já era acamada há vários anos”</i>	
	<i>“tudo isso dessa avaliação que encaixava, como a gente costuma dizer by the book, numa ferida maligna”</i>	
	<i>“ferida resultante de uma neoplasia da mama”</i>	
	<i>“tinha uns sapatos novos e fez uma lesão na região maleolar”</i>	
Construção da decisão em equipa multidisciplinar	<i>“mudar o tratamento já com a opinião de outra colega (...)saliento aqui a intervenção de várias pessoas neste processo”</i>	8
	<i>“a decisão foi em equipa”</i>	
	<i>“articulo com o médico para ponderar antibiótico”</i>	
	<i>“não há uma comunicação interdisciplinar e mesmo dentro da nossa equipa de enfermagem”</i>	
	<i>“fomos chamados a intervir pelos enfermeiros e médicos do piso”</i>	
	<i>“situações que às vezes até se pede o apoio vosso com formação nesta área e outros colegas não é”</i>	
	<i>“tomada de decisão passava por uma partilha em equipa”</i>	
	<i>“partilhar a decisão”</i>	
Planeamento de intervenções	<i>“foi-se validar qual era a dieta que estava a fazer”</i>	6
	<i>“telefonema para a farmácia, porque este material de penso não existia no serviço de urgência, portanto foram buscar”</i>	
	<i>“avalio a situação económica da pessoa e a pessoa, até pode comprar ela o kit de compressão ou então temos que fazer com as ligaduras que temos”</i>	

	<i>“fizemos uma pesquisa muito apurada dos produtos que haveria”</i>	
	<i>“tínhamos que avaliar a ferida, avaliar em que fase é que estávamos do tal exsudado, se tivéssemos com menos exsudado talvez pudéssemos alargar um bocadinho este prazo, de nova execução do penso”</i>	
	<i>“é tentar refazer aqui uma terapia compressiva de forma a estimular ao máximo o retorno venoso”</i>	
Implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados	<i>“optámos por placa hidrocolóide”</i>	6
	<i>“material de pensos sobre as feridas e depois na altura cobria-se com as compressas e punha-se uma moldura de adesivo”</i>	
	<i>“feridas infetadas, tento pôr um antimicrobiano tópico”</i>	
	<i>“decidimos partir para esse protocolo da ferida maligna”</i>	
	<i>“o penso de forma a que se ajustasse este critério todo”</i>	
	<i>“coloquei tudo o que tinha disponível, mais dias menos dias, tudo até que um dia pus halibut”</i>	
Avaliação final dos resultados esperados	<i>“bons resultados assim, com empenho a todos os níveis”</i>	6
	<i>“e de facto correu bem”</i>	
	<i>“não fechou na totalidade, mas evolui muito”</i>	
	<i>“acho que fizemos um bom trabalho”</i>	
	<i>“sendo eu homem foi interessante também ter esta conquista”</i>	
	<i>“e este acho que foi uma caso de sucesso, foi um caso que nós todos tivemos sucesso”</i>	
Continuidade dos cuidados	<i>“seguiram o tratamento”</i>	5
	<i>“não vem carta de transferência, não há informação”</i>	
	<i>“o colega x regista o penso foi feito hoje com o tal apósito”</i>	
	<i>“mantendo uma linha condutora”</i>	
	<i>“este continuo do acompanhamento da mesma situação também, nos permite tomar decisão”</i>	
Incentivo ao autocuidado do cliente e família	<i>“fazemos os ensinamentos adequados para a pessoa perceber”</i>	3
	<i>“conseguimos não só fazer todos os ensinamentos e instrução e treino sob alimentação mas também do autocuidado da incontinência intestinal”</i>	
	<i>“ensinar a filha a colocar ela própria uma ligadura”</i>	

Com os nossos resultados, obtivemos que o processo de enfermagem, consiste em mover-se ao longo de diferentes fases, ao considerar todas as seguintes: *avaliação inicial, formulação diagnóstica, planeamento de intervenções, implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados e avaliação final dos resultados esperados*. No entanto, para além das fases do processo de enfermagem, encontrámos outras fases que ajudaram o enfermeiro a tomar decisões, como por exemplo a *construção da decisão em equipa multidisciplinar*, a *continuidade dos cuidados* e o *incentivo ao autocuidado do cliente e família*. Verifica-se assim, a interação entre a tomada de decisão clínica e ética, quando os participantes se preocupam com a construção da decisão em equipa multidisciplinar e o envolvimento da pessoa, enquanto sujeito-cliente da relação de cuidados de enfermagem (Deodato, 2010) e incentivando o seu autocuidado. A tomada de decisão clínica para O'Reilly (1993) Cit. por Reis (2009), é capacidade do enfermeiro de filtrar e sintetizar a

informação, tomar decisões e implementá-las adequadamente no meio clínico. Em relação à tomada de decisão ética, o enfermeiro identifica os princípios e os valores, na procura de soluções para os problemas éticos intrínsecos à prestação de cuidados de enfermagem (Deodato, 2010).

Concluimos que, alguns participantes quando prestam cuidados à pessoa portadora de ferida crônica fazem uma avaliação inicial, colhendo os dados necessários sobre o cliente, família e história clínica, para assim formular os diagnósticos de enfermagem pertinentes e direcionados ao cliente. Para construir a decisão, incluem a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde, de forma a validar os vários pontos de vista, sendo que, “o recurso à equipa surge frequentemente como não planeado, mas de uma forma espontânea perante o novo acontecimento” (Deodato, 2010:109). Após, a discussão com a equipa sobre as soluções, planeiam as intervenções, tendo em conta as preferências do cliente e da sua ferida. Após estabelecidos objetivos, implementam os cuidados planeados para atingir resultados esperados. Avaliam se os resultados esperados, são atingidos ou não. Têm a preocupação em dar continuidade aos cuidados, pois é necessária uma linha condutora no tratamento da pessoa com ferida crônica. Verificamos igualmente, que os participantes incentivam o autocuidado do cliente e família neste processo, de forma a que o cliente seja responsável pelo seu agir (Orem, 1980).

Apesar de descrevermos, o anteriormente exposto, como uma sequência de fases, pois foi a forma como foram sendo obtidas as narrativas. Acreditamos, tal como o autor Deodato (2010), que seja um contínuo de forma sistemática do agir do enfermeiro, que não se esgota no tempo, podendo este voltar a outra fase sempre que considere necessário, e não uma sequência rígida de etapas.

2.3.2 Ausência do processo de enfermagem

Nesta categoria, surgiram duas subcategorias, que iremos analisar e discutir neste subcapítulo.

Na subcategoria, *decisão não deliberada*, considerámos quando o enfermeiro na construção da sua decisão não tem em conta o conhecimento científico de enfermagem (Deodato, 2010). Ou seja, não considera os vários aspetos da situação em causa para

chegar ao objetivo final, o cuidado à pessoa com ferida crónica. Este resultado emerge na unidade de registo obtida, *“decisões automáticas que nós tomamos”*. Obtivemos duas unidades de registo.

Na subcategoria, *orientação de outro profissional*, considerámos quando o participante refere que meramente cumpre uma intervenção segundo indicação de outrem, sem usar o processo de decisório. Obtivemos três unidades de registo.

As unidades de registo relativas a esta categoria são apresentadas no quadro 13.

Quadro 13- Modo de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica, integrado na categoria *ausência do processo de enfermagem*

Categoria – Ausência do processo de enfermagem		
Subcategoria	Unidade de Registo	UE
Decisão não deliberada	<i>“não quero dizer que isso não seja feito também, mas ou ainda também, mas fazia muito mais por tentativa e erro”</i>	2
	<i>“são aquelas decisões automáticas que nós tomamos”</i>	
Orientação de outro profissional	<i>“Quando o médico nos diz, lá está a nossa tomada de decisão fica por ali”</i>	3
	<i>“quando é par ir para o bloco é para ir para o bloco e não há mais nada a dizer”</i>	
	<i>“tentei fazer exatamente como tinha prescrito”</i>	

Através dos nossos resultados verificámos, por um lado que os participantes utilizam o processo de enfermagem, por outro não, não sendo claro que método usam, surgindo assim a categoria *ausência do processo de enfermagem*. Este resultado emerge na seguinte unidade de contexto, *“(...)tomada de decisão... nunca refleti muito sobre isso, é engraçado, porque também as nossas decisões são em segundos, não é, e às vezes é tudo muito automático, às vezes automático de mais (risos) ahh porque torna-se tudo tão automático ao longo do tempo que é engraçado refletir-se sobre isso”*. As subcategorias obtidas, enumeram os modos de decisão encontrados, antagónicos ao processo de enfermagem.

Obtivemos, a subcategoria, *decisão não deliberada*, e verificámos que o enfermeiro aquando no cuidado à pessoa com ferida, não reflete sobre os cuidados. O enfermeiro deixa-se levar exclusivamente pelo caminho mais fácil, ausência do pensamento, sem ponderar qual a melhor hipótese de todas as alternativas. Assim, o enfermeiro perante a pessoa com ferida crónica, não deve agir segundo os resultados obtidos nas seguintes unidades de registo, *“tentativa e erro”* ou *“decisões automáticas”*.

Na subcategoria, *orientação de outro profissional*, verificamos que os participantes quando descrevem o seu modo de decidir, cumprem apenas uma prescrição médica. Ou seja, iniciam o seu processo de enfermagem na etapa da execução da intervenção, colocando de parte avaliação inicial, diagnóstico e planeamento, este resultado emerge na unidade de registo, “*Quando o médico nos diz, lá está a nossa tomada de decisão fica por ali*”.

Como síntese do subcapítulo, concluímos que a maioria dos participantes descrevem as fases do processo de enfermagem, no entanto alguns não o verbalizam inconscientemente como um todo. Por outro lado, não fica claro que método alguns participantes usam, pelo que elaborámos a categoria, *ausência do processo de enfermagem*, em que obtivemos dois modos de decidir. Através de, uma *decisão não deliberada*, em que na escolha na alternativa adequada não têm em conta o conhecimento científico e ainda, segundo uma *orientação de outro profissional*.

Para uma maior facilidade de apreensão total dos resultados, elaborámos uma representação esquemática sobre a natureza e os fatores que contribuem para a tomada de decisão e o modo de decidir dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica:

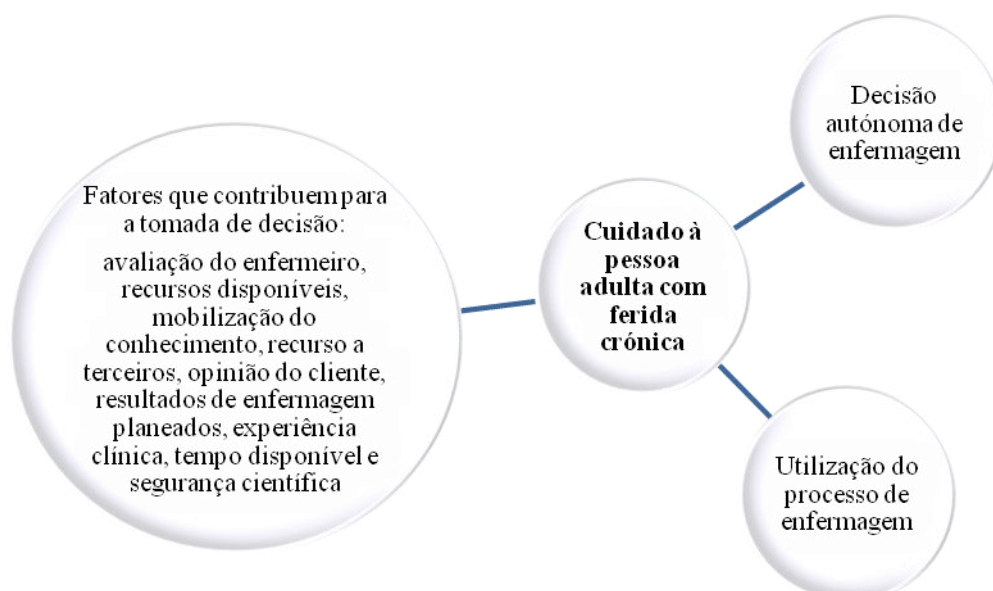


Figura 1 – Diagrama conclusivo

CONCLUSÃO

Na conclusão, pretendemos resumir os conteúdos abordados, de forma a destacar as ideias referidas na discussão dos resultados. Embora, se constitua como o término da investigação efetuada, é ao mesmo tempo o começo de novas inquietações e abertura para estudos posteriores.

Durante o decorrer da investigação surgiram limitações, como a escassez de estudos publicados no contexto específico, que balizou a variedade dos autores, e a inexperiência da investigadora. Apesar de conscientes das limitações referidas, fomos progredindo nas várias etapas deste trabalho, desde a fase da construção dos objetivos, da escolha do estudo qualitativo, descritivo e exploratório, da apresentação e análise dos dados adquiridos pelas entrevistas semiestruturadas a nove enfermeiros através da análise de conteúdo e da discussão dos resultados. Durante este percurso, reunimos esforços para assegurar a fidelidade, credibilidade e segurança dos dados. Podemos concluir que o objetivo principal foi cumprido, uma vez que o trabalho desenrolou-se como planeado e produziu conhecimento.

Verificámos que a tomada de decisão clínica tem sido alvo de vários trabalhos de investigação quer nacionais, quer internacionais. No entanto, e por estarmos certos que é um tema importante para os enfermeiros e a qualidade dos cuidados (Jesus, 2004), considerámos pertinente aplicar ao contexto específico, pouco investigado, que é o cuidado à pessoa adulta com ferida crónica.

É importante o enfermeiro saber quais os fatores que contribuem para a sua tomada de decisão, para se consciencializar e fundamentar perante a instituição os instrumentos necessários para cuidar da melhor forma possível da pessoa com ferida crónica. O enfermeiro deve ter presente a otimização dos custos, mas como os estudos indicam, o custo-efetividade não é necessariamente o material de penso mais barato, mas sim, o mais eficaz e com implicações para a qualidade de vida do cliente - os custos indiretos (Gaspar et al., 2010). No entanto, torna-se imprescindível o enfermeiro estar dotado de competências, conhecimentos e experiência para fazer frente a esta realidade.

Embora os estudos sobre tratamento de feridas recebam grande destaque nas publicações de enfermagem, o mesmo não ocorre nas publicações médicas, demonstrando que a responsabilidade do tratamento e prevenção da pessoa com ferida é atribuída ao enfermeiro, devendo ele avaliar a pessoa, as características da ferida e prescrever o tratamento mais adequado (Ferreira et al., 2008; Mateus, 2009). Porém, pretende-se que seja um trabalho em equipa multidisciplinar e que tenha uma visão abrangente e claramente holística, em que se abandone o conceito “ferida da pessoa”, e se dê visibilidade “à pessoa com a ferida”.

Constatámos, através da revisão da literatura, que estavam identificados apenas alguns fatores que influenciam a decisão do enfermeiro no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica. No entanto, a análise e discussão dos resultados, deram origem a conhecimento novo, relativo à natureza da tomada de decisão, aos fatores que contribuem para a tomada de decisão e ao modo como o enfermeiro decide no cuidado à pessoa com ferida crónica.

Em síntese dos nossos resultados, verificámos que os participantes consideram a sua tomada de decisão *autónoma* no cuidado específico à pessoa adulta com ferida crónica, referindo como intervenções autónomas a *iniciativa da decisão*, *delegação de tarefas* e *articulação com cuidadores informais*. A *interdependência* configura-se na articulação com outros membros da equipa para atingirem o objetivo final - a melhor assistência possível ao cliente e família, e não meramente por executarem um tratamento por indicação de outrem.

Os *conhecimentos* e a *experiência*, são em síntese os dois fatores previamente conhecidos que contribuem para a tomada de decisão eficaz. No entanto, verificamos que existem outros que contribuem de forma positiva, sendo considerados facilitadores da tomada de decisão, ou de forma negativa, visto como limitadores da tomada de decisão no cuidado à pessoa com ferida crónica. O primeiro fator obtido, é a *avaliação do enfermeiro*, sobre o cliente, ferida, tratamento instituído, autoavaliação do enfermeiro e meio envolvente, de modo a seleccionar a informação pertinente e assim estabelecer o tratamento adequado. O fator, *recursos disponíveis*, pode tornar-se facilitador à tomada de decisão clínica no cuidado à pessoa com ferida crónica. Por outro lado, pode dificultar, quando o enfermeiro se depara com escassos recursos

materiais, pecuniários e humanos, num ambiente de prestação de cuidados inadequado e ausência de apoios normativos, na escolha do tratamento adequado. O fator, *mobilização do conhecimento*, é dos fatores que mais contribui para a tomada de decisão. Este conhecimento pode ser obtido através de formação contínua, de origem inespecífica, de pesquisa em fontes científicas e adquirido na equipa, no entanto a falta deste pode ser visto como uma limitação à tomada de decisão eficaz. O fator, *recurso a terceiros*, através da opinião de colegas da equipa e dos peritos, é um contributo facilitador para a tomada de decisão, contudo a articulação com médico, poderá ser considerado como obstáculo à tomada de decisão. O fator, *opinião do cliente*, é considerado como um auxílio valioso para a tomada de decisão, é importante envolver o cliente e a família no cuidado, a adesão do cliente e confiança depositada no enfermeiro. Outro fator que contribui para a tomada de decisão são os *resultados planeados de enfermagem*, o enfermeiro considera os objetivos curativos ou paliativos para a lesão e direciona as intervenções adequadas. O fator, *experiência clínica*, vista como aprendizagem das vivências anteriores, contribui para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica, contudo a falta de experiência, faz com que o enfermeiro não esteja desperto para determinados sinais e sintomas e o seu julgamento da situação seja limitado. Verificamos também que o fator, *tempo disponível*, para cuidar da pessoa portadora de ferida crónica, quando limitado, contribui negativamente para a tomada de decisão, ou seja, o enfermeiro necessita de tempo para conhecer o cliente e adequar os cuidados às suas convicções e preferências. Por último, obtivemos o fator, *segurança científica*, que considera a autoconfiança do enfermeiro sobre as suas competências e conhecimentos, sendo considerado como facilitador da tomada de decisão.

Relativamente ao modo de decidir no cuidado à pessoa com ferida crónica, verificamos dois estilos antagónicos. No primeiro, os participantes utilizam o processo de enfermagem, com várias fases percorridas: *avaliação inicial, formulação diagnóstica, planeamento de intervenções, implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados e avaliação final dos resultados esperados*. Verificou-se que os participantes, acrescentaram ao processo de enfermagem as fases *construção da decisão em equipa multidisciplinar, continuidade dos cuidados e incentivo ao autocuidado do cliente e família*, que os ajudaram a tomar decisões. No

segundo, os participantes não recorrem ao processo de enfermagem, o seu modo de decidirem é através de uma *decisão não deliberada*, os enfermeiros não ponderam os fundamentos científicos na escolha da alternativa adequada; e *orientação de outro profissional*, iniciam o processo de enfermagem na etapa da execução da intervenção, colocando de parte avaliação inicial, diagnóstico e planeamento.

Para estudos futuros, consideramos importante conhecer porque é que os enfermeiros não utilizam o conhecimento produzido em estudos científicos no cuidado à pessoa com ferida, uma vez que se sabe que a tomada de decisão tem que ser fundamentada com esse conhecimento. Ou, conhecer quais as causas dessa não utilização.

Ao longo do trabalho, tentámos caminhar lado a lado com a tomada de decisão clínica e ética, no entanto os participantes revelaram uma preocupação com a tomada de decisão clínica, tornando-se pertinente desenvolver um estudo sobre quais os fatores que contribuem para a tomada de decisão ética no cuidado à pessoa com ferida crónica. Ou seja, do ponto vista ético, quais os dilemas que interrompem a tomada de decisão clínica nesta área do cuidado.

Será igualmente importante com os resultados obtidos, desenvolver um estudo quantitativo, para a generalização dos mesmos, uma vez que o nosso estudo é qualitativo e tem como limitação, o facto dos resultados obtidos, só são uma verdade para os participantes do estudo.

Este trabalho não esgota, nem pretende esgotar, o tema abordado. No entanto, pretende contribuir e estimular para a realização de novos estudos dentro deste âmbito com o objetivo de potenciar a aquisição de novos conhecimentos nesta área, permitindo a melhoria dos cuidados à pessoa com ferida crónica, de forma a enriquecer a enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A

- Abreu, M. (2007). *Emprendorismo em enfermagem: da autonomia à definição de projectos de sucesso*. Coimbra: Formasau
- Agreda, J. (2003). *Cuidados Paliativos en Enfermería: Cuidados de Las Heridas Neoplásicas Y Manejo Del Linfedema*. Espanha: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 1ª edição. ISBN 84-930967-9-2
- Almeida, M., et al. (2011). Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. *Texto Contexto Enfermagem*, 20, pp131-7. Retirado de <http://www.redalyc.org/pdf/714/71421163017.pdf>
- Alves, P. & Vieira, M. (2012). Ensino em Feridas: Formação pré-graduada em Enfermagem. *Journal of Tissue Regeneration & Healing*. APTFeridas, 1, pp4-9. Retirado de: <http://issuu.com/trh-journal/docs/journaln1>
- Alves, P., et al. (2012). Ensino em Feridas: importância da formação e impacto económico. *Revista Nursing Portuguesa*, 276, pp S6-9
- Alves, P., et al. (2013). Epidemiologia das Úlceras de Pressão: interpretar dados epidemiológicos como indicador de qualidade. *Servir*, 58, pp10-18. Retirado de: [file:///C:/Users/Particular/Downloads/Servir_%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Particular/Downloads/Servir_%20(1).pdf)
- Amendoeira, J. (2004). Enfermagem em Portugal. Contextos, actores e saberes. *Enfermagem*, 35-36(2), pp 13-22. Retirado de <http://joseamendoeira.com.sapo.pt/textos/artigos/Enfermagememportugal.pdf>
- Ashton, J & Price, P. (2006). Survey comparing clinicians' wound healing knowledge and practice. *British Journal Of Nursing*, 15(19), S18. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=88446fde-bb5b-41a7-ba62-fe2d7f76c7b0%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4214>

B

- Bakalis, N. & Watson, R. (2005). Nurses' decision-making in clinical practice. *Nursing Standard*, 19(23), pp33-39. Retirado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2005069069&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Baranoski, S. & Ayello, E. (2006). *O Essencial sobre o Tratamento de Feridas – Princípios Práticos*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-03-8
 - Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
 - Bell, J. (2010). *Como realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva, 5ª edição. ISBN- 978-972-662-524-7
 - Benbow, M. (2006). Ethics and wound Management. *Journal of Community Nursing*, 20(3), pp24-28. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=4dc16439-69bf-455f-8a4f-9b5beb682881%40sessionmgr4005&vid=2&hid=4207>
 - Benbow, M. (2007). Patient assessment and wounds. *Journal Of Community Nursing*, 21(7), pp18,20,22. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a0bd388e-a036-4ada-bf44-7c57e463f370%40sessionmgr4005&vid=11&hid=4207>
 - Benbow, M. (2011). Wound care: ensuring a holistic and Collaborative assessment. *British Journal Of Community Nursing*, ppS6-S16. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a0bd388e-a036-4ada-bf44-7c57e463f370%40sessionmgr4005&vid=9&hid=4207>
 - Benner, P. & Tanner, C. (1987). Clinical judgement: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87(1), pp23-34
 - Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X
 - Bíró, T., et al. (2009). The Endocannabinoid System of the Skin in Health and Disease: Novel Perspectives and Therapeutic Opportunities. *Trends in Pharmacological Sciences*, 30(8), pp 411-420. doi: [10.1016/j.tips.2009.05.004](https://doi.org/10.1016/j.tips.2009.05.004)
 - Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
 - Buckingham, C. & Adams, A. (2000). Classifying clinical decision making: interpreting nursing intuition, heuristics and medical diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), pp990-998. doi [10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01603.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01603.x)
- C
- Campos, D. & Graveto, J. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(6). Retirado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_21.pdf

- Casey, G. (2011). Chronic wound healing: Leg ulcers. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 17(11), pp24-29. Retirado de : <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b8c655e3-e0cf-44e0-af2a-873218f7c548%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4207&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011401820>
- Casey, G. (2012). Modern advances in wound care. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 18(5), pp20-24. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=fdef31ef-5f21-4ed1-888d-7070fdd5b87c%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4107&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2011589582>
- Ciamponi, M. (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda
- Crabtree, M. (2009). Clinical decision making in the selection of analgesia. *Emergency Nurse*, 17(2), pp29-34. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=c0f627ee-c02c-4c22-a074-411143740cc3%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4107&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=nyh&AN=40111457>
- Crow, R., et al. (1995). The cognitive component of nursing assessment: an analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 22(2), pp206-212. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.22020206.x

D

- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas – Guia para enfermeiros*. Lisboa: Climepsi, 1ª edição. ISBN 972-796-204-1
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade*. Coimbra: Almedina.SA. ISBN 978-972-40-3401-0
- Deodato, S. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Candidatura ao Grau Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa
- Dowding, D. & Thompson C. (2003). Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 44, pp49–57. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02770.x

E

- Edwards, S. (1999). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3), pp563-569. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.00923.x
- Elias, C., et al. (2009). *Material de penso com acção terapêutica. Penso: acto de Pensar uma Ferida*. Tipografia Lousanense. Grupo Associativo de Investigação em Feridas
- Enoch, S. & Harding, K. (2003). Wound bed preparation: the science behind the removal of barriers to healing. *Wounds: A Compendium Of Clinical Research & Practice*, 15(7), pp213-229.
- Enoch, S. & Leaper, J. (2008). Basic Science of wound healing. *Surgery - Basic Science*, 26(2), pp31-37. doi: [10.1016/j.mpsur.2007.11.005](https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2007.11.005)
- Enoch, S., et al. (2006). Recent advances and emerging treatments. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 332(7547), pp962-965

F

- Fabião, A., et al. (2005). Formação: Contributo para a Qualidade. *Servir*, 53(5), pp235-247
- Falanga, V. (2000). Classifications for wound bed preparation and stimulation of chronic wounds. *Wound Repair & Regeneration*, 8(5), pp347-352. Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b3bdc4f9-8cd8-4b35-bad9-0835cbf066a3%40sessionmgr113&vid=1&hid=114&bdata=Jmxhbmc9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2001031495>
- Fernandes, R. (2011). A avaliação de Desempenho dos Enfermeiros como Estratégia de Negociação Identitária. *Educação, Sociedade & Culturas*, 34, pp117-136
- Ferreira, A., et al. (2008). O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde*, 15(3), pp105-9
- Ferreira, M., et al. (2006). Complex wounds. *Clinics*, 61(6), pp571-8. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v61n6/a14v61n6.pdf>
- Ferreira, Ó. (2005). Enfermagem: do cuidar instintivo à autonomia. *Sinais Vitais*, 61, pp61-64
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor, 1ª edição. ISBN 972-9413-67-3

- Florin, J. (2007). *Patient participation in clinical decision making in nursing – a collaborative effort between patients and nurses*. Suíça: Universitetsbiblioteket. ISBN: 91-7668-522-5. Retirado de: <http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:137380/FULLTEXT01.pdf>
- Fonseca, C. (2006). *A Tomada de Decisão dos Enfermeiros face aos Cuidados de Prestam no Hospital*. Dissertação de Candidatura ao Grau Mestre em Comunicação da Saúde, Universidade Aberta. Lisboa
- Fonseca, C., et al. (2012). Nursing Practice Based on Evidence: The Case of Wounds. *Journal of Aging & Inovation*, 1 (6), pp 5-14
- Friman, A., et al. (2011). Wound care by district nurses at primary healthcare centres: a challenging task without authority or resources. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 25(3), pp426-434. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00839.x
- Furtado, K. (2003). Úlceras de Perna – Tratamento baseado na evidência. *Revista Nursing Portuguesa*. Retirado de: <http://sociedadeferidas.pt/documentos/portalegre/Ulcera%20de%20Perna-tratamento%20baseado%20na%20evidencia-Katia%20Furtado.pdf>
- Furtado, K., et al. (2001). *Prevenção e Tratamento de Úlceras*. Coimbra: Edições Formasau – Formação e Saúde. ISBN: 972-8485-20-H

G

- Gaspar, P., et al. (2010). Impacto da formação profissional contínua nos custos do tratamento das feridas crónicas. *Referência*, 3(1), pp53-62. Retirado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=55361004&site=ehost-live>
- Gomes, A. & Oliveira, D. (2004). Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 39(2) pp145-53. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/04.pdf>
- Gottrup, F. & Leaper, D. (2004). Wound Healing: Historical Aspects. *EWMA Journal*, 4(2), pp21-26
- Gouveia, J., et al. (2010). Abordagem à pele peri-lesional: importância de uma abordagem preventiva e de tratamento. *Revista Nursing Portuguesa*, 257, ppS14-16, S18

- Greenwood, J., et al. (2000). Nursing scripts and the organizational influences on critical thinking: report of a study of neonatal nurses' clinical reasoning. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), pp1106-1114. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01378.x

H

- Hagbaghery, M., et al. (2004). The factors facilitating and inhibiting effective clinical decision-making in nursing: a qualitative study. *BMC Nursing*, 3:2. doi:10.1186/1472-6955-3-2
- Hallett, C., et al. (2000). Wound care in the community setting: clinical decision making in context. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), pp783-793. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01348.x
- Harrison, M. (2006). Discussion on wound care in the 21st century. *British Journal Of Nursing*, 15(19), S12. Retirado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?sid=f90350cf-4fbb-4a20-8c8e-6fd630174e2f%40sessionmgr110&vid=1&hid=127&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc210ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009326677>
- Henderson, V. (1969). *The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education*. New York: The Macmillan Company
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-11-8

J

- Jesus, É. (1999). *A decisão Clínica de Enfermagem*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
- Jesus, É. (2004). *Padrões de Habilidade Cognitiva e Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*. Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
- Joseph, D. (1985). Sex-role stereotype, self-concept, education and experience: do they influence decision-making?... nurse's attitudes. *International Journal Of Nursing Studies*, 22(1), pp21-32

K

- Keen, D. & James, J. (2004). A tool to aid nurses decision making in relation to dressing selection. *British Journal of Nursing*, 13(15), ppS6,S8-10,S12-14. Retirado

de:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004191084&lang=pt-br&site=ehost-live>

L

- Lamond, D. & Farnell, S. (1998). The treatment of pressure sores: a comparison of novice and expert nurses' knowledge, information use and decision accuracy. *Journal of Advanced Nursing*, 27(2), pp280-286. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00532.x
- Lopes, L. & Santos, S. (2010). Florence Nightingale – Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIªSérie (2), pp181-189. Retirado de: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a19.pdf>
- Lucas, L., et al. (2008). Qualidade de vida dos portadores de ferida em membros inferiores – úlcera de perna. *Ciencia y enfermeria*, XIV (1), pp43-52. Retirado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v14n1/art06.pdf>
- Lund-Nielsen, B., et al (2011). The effect of honey-coated bandages compared with silver-coated bandages on treatment of malignant wounds – a randomized study. *Wound Repair and Regeneration*, 19, pp 664-670

M

- Martinho, P. & Gaspar, P. (2012). Conhecimentos e práticas de Terapia Compressiva de enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIªSérie(6), pp.69-79
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12(2), pp62-66
- Martins, Z. (2010). *Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
- Mateus, C. (2009). Intervenções autónomas e Intervenções Interdependentes no tratamento de feridas: uma análise jurídica. *Revista Nursing Portuguesa*, 243, pp S2-4
- McCaughan, D., et al. (2002). Acute care nurses' perceptions of barriers to using research information in clinical decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), pp46-60. Retirado de: <http://eprints.whiterose.ac.uk/50/1/thompson4.pdf>
- Melnyk, B. (2004). Evidence-based practice. Integrating levels of evidence into clinical decision making. *Pediatric Nursing*, 30(4), pp323-325. Retirado de:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6c731673-fadd-4cec-90c2-2d467587aabf%40sessionmgr4003&vid=13&hid=4107>

- Mendes, F. & Mantovani, M. (2010). Dinâmicas atuais da enfermagem em Portugal: a representação dos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), pp209-215. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019594007.pdf>
- Menoita, E., et al. (2012). Support Surfaces in Pressure Ulcers Prevention. *Journal of Aging & Innovation*, 1 (4), pp34-52
- Miguéns, C. (2010). O papel das metaloproteinases da matriz e da elastase no processo de cicatrização das feridas crônicas. *Revista Nursing Portuguesa*, 264, ppS2-4,S6.
- Monteiro, A., et al. (2012). Matriz para equilíbrio de feridas- uma opção terapêutica no tratamento de feridas crônicas. *Revista de Saúde Amato Lusitano*, 30, pp12-18
- Morais, G., et al. (2008). Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede publica. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(1), pp98-105. Retirado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100011
- Mustoe, T. (2004). Understanding chronic wounds: a unifying hypothesis on their pathogenesis and implications for therapy. *American Journal of Surgery*, 187(5A), pp65s-70s

N

- Neves, M. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 6 (2), pp 25-35
- Neves, M. (2005). Intervenções de Enfermagem – razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem*, 9(2), pp 2-13
- Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de Enfermagem em emergência. *Revista Nursing Portuguesa*, 219. Retirado de: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/2802-tomada-de-decisao-de-enfermagem-em-emergencia#.U8gsJpRdWgE>
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência
- Nunes, L. (2006). *Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem*. Comunicação no Painel: Centralidade dos cuidados de enfermagem nas práticas. II Congresso Ordem dos Enfermeiros, pp 1-12. Retirado de:

http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICon g_ComLN.pdf

- Nunes, L. (2007). Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e bandeira azul. Dos conceitos a um relance ao contexto de enfermagem perioperatória. *Revista AESOP* 8, 23, pp5-18. Retirado de: http://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/responsabilidade_contextoenfperiope ratoria.pdf
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência. ISBN 978-972-8930-67-7

O

- O'Neil, E. & Dluhy, N. (1997). A longitudinal framework for fostering critical thinking and diagnostic reasoning. *Journal Of Advanced Nursing*, 26(4), pp825-832. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.00338.x
- Oliveira, B., et al. (2008). Ambulatory care of wounds- clients' profile with chronic lesion. A prospective study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 7(2), 30(16ref)
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Divulgar, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem
- Ordem dos Enfermeiros (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Ordem dos Enfermeiros, Conselho Diretivo, pp1-4. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr 2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem. Retirado de: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Orem, D. (1980). *Nursing: concepts of practice*. New York: McGraw-Hill, 2ª edição

P

- Papi, M. (2004). What is possible to learn?. *EWMA Journal*, 4(2), pp29-32
- Parsonage, I. (2010). Making clinical decisions in emergency situations. *Emergency Nurse*, 18(4), pp18-21. doi: org/10.7748/en2010.07.18.4.18.c7902
- Phipps, W., et al. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica Conceitos e Prática Clínica*. Loures:Lusociência. 6ª Edição. ISBN: 972-8383-65-7

- Polit, D. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: artmed, 5ª edição. ISBN: 0-7817-2557-7
- Popoola, M. (2003). Complementary therapy in chronic wound management: a holistic caring case study and praxis model. *Holistic Nursing Practice*, 17(3), pp152-158. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail?sid=03b95c7d-bcfb-4152-91e8-fc136130f4ef%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4214&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2003120446>
- Potter, P. & Perry, A. (2009). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 7ª edição. ISBN:978-85-352-2568-6

Q

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, 2ª edição. ISBN 978-972-662-275-8

R

- Reinhardt, A. & Keller, T. (2009). Implementing interdisciplinary practice change in an international health-care organization. *International Journal Of Nursing Practice*, 15(4), pp318-325. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01761.x
- Reis, T. (2009). *Decisão clínica (partilhada) em Enfermagem: Vivências de quem é cuidado*. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto
- Restrepo-Medrano, J & Soriano, J. (2012). Development of a wound healing index for chronic wounds. *EWMA Journal*, 12(2), pp39-44
- Ribeiro, G. & Cabete, D. (2009). Impacto da ferida crónica – Caracterização da população de doentes com ferida crónica em tratamento domiciliário da Freguesia de S. Domingos de Benfica. *Percursos*, 4(13), pp50-58
- Ribeiro, J. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIª Série (5), pp27-36. Retirado de: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn5/serIIIIn5a03.pdf>
- Rocha, M., et al. (2006). *Feridas uma arte secular -Avanços Tecnológicos no Tratamento de Feridas*. Coimbra: Minerva, 2º edição

S

- Salomé, G. (2009). Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência ao indivíduo com ferida. *Saúde Coletiva*, 06 (35), pp280-287. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84212201006.pdf>
- Schultz, G., et al . (2003). Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair & Regeneration*, 11(2), pp S1-28. Retirado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1cdf8f6a-6cbf-445b-a758-2460953e2f2a%40sessionmgr4004&vid=2&hid=4214>
- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Tese de candidatura ao Grau Doutor em Didática, Universidade de Aveiro. Aveiro
- Sharma, R., & John, J. R. (2012). Role of stem cells in the management of chronic wounds. *Indian Journal Of Plastic Surgery*, 45(2), pp237-243
- Sibbald, R., et al. (2003). Preparing the wound bed 2003: focus on infection and inflammation. *Ostomy Wound Management*, 49(11), pp24-24-6, 28, 30 passim
- Silva, A. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto
- Silva, C., et al. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organ. Rurais agroind*, 7(1), pp70-81
- Silva, F., et al. (2009). Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), pp889-93. Retirado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019596014.pdf>
- Silva, P., et al. (2011). A prática discursiva sobre a formação de enfermeiros em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIª Série (3), pp131-140
- Silva, R. (2003). A tomada de decisão. *Ordem dos enfermeiros*, 10, pp30-32
- Sousa, F. (2009). *O “corpo” que não cura - Vivências das pessoas com úlcera venosa crônica de perna*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências da Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto
- Sousa, P. & Santos, I. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. *Revista de Enfermagem Referência*, IIª Série (4), pp25-33

- Sousa, S. (2012). *Prevalência de feridas em Moçambique*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Feridas e Viabilidade Tecidual, Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica. Porto.
- Streubert, H. & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. Loures: Lusociência, 2ª Edição. ISBN: 972-8383-29-0

T

- Tariman, J., et al. (2012). Physician, Patient, and Contextual Factors Affecting Treatment Decisions in Older Adults With Cancer and Models of Decision Making: A Literature Review. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), pp70-83. Retirado de: https://erc.ons.org/system/files/attachments/ONS_PtAutDecisnMkg_ONF.pdf
- Thompson, C. (1999). A concept treadmill: the need for "middle ground" in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (5), pp1222-1229
- Thompson, C., et al. (2004). Nurses, information use, and clinical decision making – the real world potential for evidence-based decisions in nursing. *Evid Based Nurs*, 7, pp68-72. doi:10.1136/ebn.7.3.68
- Traynor, M., et al. (2010). Autonomy, evidence and intuition: nurses and decision-making. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), pp1584–1591. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05317.x
- Tschikota, S. (1993). The clinical decision making processes of student nurses. *Journal of Nursing Education*, 32(9), pp389-398

V

- Vermeulen, H., et al. (2007). Preferences of patients, doctors, and nurses regarding wound dressing characteristics: a conjoint analysis. *Wound Repair And Regeneration: Official Publication Of The Wound Healing Society [And] The European Tissue Repair Society*, 15(3), pp302-307

W

- WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization
- Woo, K. & Sibbald, R. (2010). Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds. *Wound Care Journal*, 23(9), pp417-428

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro

Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril,

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro

(Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros- REPE)

Decreto-Lei n.º 111/09, de 16 de setembro

(Aprova o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros Portugueses e altera o Regulamento
Profissional dos Enfermeiros)

Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 78.º, n.º2 do Decreto-Lei n.º 111/2009, de
16 de setembro

Código Deontológico no artigo 78.º, n.º3 do Decreto-Lei n.º 111/2009, de 16 de
setembro

APÊNDICES

APÊNDICE I

Formulário de consentimento livre e esclarecido

Estudo: Fatores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

Investigadora: Raquel Marques Silva

Formulário de Consentimento livre e esclarecido

Pela presente declaração, autorizo a Sra. enfermeira Raquel Marques Silva a realizar-me a entrevista cujo guião me foi previamente apresentado.

Declaro ainda ter sido claramente informado(a) acerca do tema e dos objetivos do estudo a ser desenvolvido, bem como do compromisso que é assumido no respeito pelos princípios éticos e pelas normas jurídicas e deontológicas que orientam este tipo de trabalho, nomeadamente a confidencialidade dos dados recolhidos e o anonimato dos participantes, em todas as fases dos estudo e aquando da sua publicação.

Tenho o direito à total liberdade de recusar participar nesta pesquisa ou retirar o meu consentimento em qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum.

Autorizo a minha participação neste estudo e que a entrevista seja gravada em suporte magnético (gravador áudio).

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Livre e Esclarecido.

Assim, faço-o por livre e espontânea vontade.

_____, ____ de _____ de 2013

APÊNDICE II

Guião das entrevistas

Guião da Entrevista

Apresentação Pessoal do Investigador: nome, profissão

Apresentação do Estudo: tema, objetivo geral e importância das entrevistas para a realização do estudo.

Pedido de Consentimento: solicitar consentimento e realçar o carácter confidencial, bem como pedir autorização para gravar as entrevistas em suporte áudio.

Caracterização dos participantes

a) Idade: _____ Anos

b) Género:

c) Tempo de exercício profissional: _____ Anos.

d) Tempo de exercício profissional no cuidado à pessoa adulta com feridas crónicas:
_____ Anos

f) Formação académica e profissional:

g) Formação na perspetiva do próprio na área do cuidado à pessoa com feridas:

APÊNDICE III

Categorização das entrevistas

Natureza da tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

Categoria – Intervenções autónomas			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Iniciativa da decisão	<i>“Como é que eu decido ahhh, decido tendo em conta... para já é me normalmente uma atividade que faço autonomamente(...) depois aplico o tratamento(...) quando estou a trabalhar sozinha a decisão passa muito mais por mim de forma isolada (...)” E1</i>	<i>“atividade que faço autonomamente”</i>	8
	<i>“(...)quer seja prescrito por enfermeiro (...)ahh tento eventualmente conversar com uma dessas pessoas em questão e tentar pensar noutro tratamento, se não for possível conversar com algumas dessas pessoas, então eventualmente procurarei mudar o tratamento e tentarei de alguma forma dar um pouco de espaço também a este novo tratamento. Mas depende, porque se é uma pessoa que chega à minha casa a perguntar-me sobre uma ferida que tem, nesse caso e não havendo nenhuma prescrição, avanço rapidamente com o tratamento (...)”E2</i>	<i>“não havendo nenhuma prescrição, avanço rapidamente com o tratamento”</i>	
	<i>“(...)ahh eu em relação à forma como tomo a decisão dos cuidados, portanto existe a parte da prevenção e existe a parte da atitude mesmo já perante a existência de uma ferida crónica. Em relação à prevenção, que é aquilo que deve ser sempre tentando por nós, em qualquer ambiente embora nuns mais difíceis do que outros, ahh é a parte mais importante até mesmo para quem já tem feridas não desenvolver mais ou a ferida que já tem, também não piorar, não ficar com um grau mais elevado (...)Depois em relação ao cuidado propriamente, quando a ferida já existe (...)” E3</i>	<i>“tomo a decisão dos cuidados”</i>	
	<i>“(...)depois tento ver a nível de tratamento local qual é que será o mais adequado (...) tentar fazer uma abordagem um “bocadinho” mais sistémica primeiro e depois ir mais para o tratamento local(...) claro que eu posso decidir a melhor maneira de fazer limpeza, é por irrigação e o médico não me vai dizer que quer que eu faça a limpeza com compressas, portanto eu aí tenho que usar a minha decisão ou os meus conhecimentos para saber qual é o passo mais indicado(...)”E4</i>	<i>“o médico não me vai dizer que quer que eu faça a limpeza com compressas, portanto eu aí tenho que usar a minha decisão ou os meus conhecimentos”</i>	
	<i>“(...) tentamos sempre analisar, digo eu, nós, equipa de enfermagem, porque estas questões a equipa médica fica um pouco de parte (...) ok é sempre uma decisão independente, se tenho um doente ao meu cuidado, é sempre uma decisão independente(...)”E5</i>	<i>“é sempre uma decisão independente”</i>	
	<i>“Foi pela equipa de enfermagem, não foi por</i>	<i>“não foi por</i>	

	<i>nenhum médico, foi pela equipa de enfermagem (...)"E7</i>	<i>nenhum médico, foi pela equipa de enfermagem"</i>	
	<i>"(...) puder ou não tomar decisão a seguir, de continuidade ou até de alguma alteração, que se calhar pela a minha forma de ser e de estar e da minha experiência, não será à primeira partida ou dificilmente será uma alteração total de um tratamento que venha a ser feito, a não ser que esteja em absolutamente desacordo e esteja muito bem ciente que tenho conhecimentos suficientes para fazer uma alteração muito global, se não aí eu vou tentar perceber também qual tem sido a evolução, o que tem sido feito e o que é que eu posso contribuir, não só na execução daquele propriamente mas na riqueza de o tentar melhorar e reduzir a ferida (...)"E8</i>	<i>"puder ou não tomar decisão a seguir, de continuidade ou até de alguma alteração"</i>	
	<i>"(...)habitualmente referenciam-me essas feridas (...) a decisão do meu tratamento (...) se é um Sr. que anda ali na rua e que vem diretamente a mim pela primeira vez, por exemplo, sou eu que decido (...)faço como entendo, claro que esta foi uma matéria que eu estudei bastante e que eu acho que tenho tido ao longo do anos uma grande preocupação de atualização e decisão, e por isso quando decido, decido com alguma segurança, essa segurança também é importante nas pessoas, também é importante dos próprios utentes em aceitar ou não, por exemplo, mudar uma prescrição do cirurgião. (...)nos cuidados de saúde primários a decisão é muito solitária e então quando estamos em contexto de domicílio porque se estamos num hospital onde temos uma grande equipa, muitas pessoas a quem se possa pedir opinião ou recorrer é muito mais fácil ou pelo menos é diferente do que quando estamos sozinhos a tomar uma decisão, e no início estamos mesmo sozinhos a tomar uma decisão(...)"E9</i>	<i>"a decisão do meu tratamento"</i>	
Delegação de tarefas	<i>"(...) há um conjunto de outras atitudes que são tomadas que vão para além da execução do penso propriamente dito, ahh e que passa também pelo reforço do ensino sobre posicionamentos e falo concretamente em situações em que não são os enfermeiros que estão permanentemente a prestar cuidados e que portanto é preciso dar indicações precisas aos auxiliares ação médica por exemplo ou às ajudantes técnicas, os cuidados em termos de posicionamento ou hidratação porque depois tudo isso vai interferir no processo de cicatrização ou de evolução da lesão(...)" E1</i>	<i>"portanto é preciso dar indicações precisas aos auxiliares ação médica"</i>	1

Articulação com prestadores informais	<i>“(…)quer no ensino, quer na mobilização de alguns conhecimentos às pessoas ou aos potenciais prestadores.”E2</i>	<i>“quer no ensino, quer na mobilização de alguns conhecimentos”</i>	2
	<i>“(…)portanto em relação à prevenção temos os posicionamentos, em termos de internamento e mesmo em domicílio, temos a alternância dos decúbitos, temos alimentação e hidratação da pessoa, e essencialmente é das coisas mais importantes, sensibilizar, no caso de ser em domicílio, sensibilizar também os prestadores de cuidados porque são eles que estão a maioria do tempo com estas pessoas (…)</i> ”E3	<i>“sensibilizar também os prestadores de cuidados porque são eles que estão a maioria do tempo com estas pessoas”</i>	
Categoria – Intervenção Interdependente			
Unidade de Contexto		Unidade de Registo	UE
<i>“(…)da minha avaliação posso ter ou não a necessidade de solicitar o apoio médico porque se considerar uma ferida infetada por exemplo, com necessidade de intervenção a nível sistémico posso ter, faz todo o sentido, que a articulação seja feita com o médico não é, ahh pode também haver uma necessidade, se houver uma grande perda de tecido não é, de me articular até com outros profissionais nomeadamente a dietista, que não é frequente, mas tendo em conta aquilo que aprendi pode haver essa necessidade e já aconteceu ter mesmo a necessidade de personalizar a dieta, por exemplo(…)”E1</i>		<i>“com necessidade de intervenção a nível sistémico posso ter, faz todo o sentido, que a articulação seja feita com o médico”</i>	4
<i>“Depende, depende de onde esteja, se a pessoa está no meu serviço e já está instituído um determinado tratamento tento de alguma forma que esse tratamento seja mantido no sentido de perceber se efetivamente será o melhor tratamento ou não (…)quer seja prescrito pelo médico(…)eventualmente se for uma ferida que considero que preciso de ajuda, encaminhado para outro profissional de saúde.”E2</i>		<i>“eventualmente se for uma ferida que considero que preciso de ajuda, encaminhado para outro profissional de saúde.”</i>	
<i>“(…)depois temos também o apoio da nossa dietista, muitas vezes são doentes que por exemplo que vêm entubados com alimentação entérica, que precisam de outro tipo de atenção e de cuidados, a nível nutricional(…)”E5</i>		<i>“temos também o apoio da nossa dietista”</i>	
<i>“(…)se tem dor não é, terão que ser acionadas outras áreas não é, outros profissionais que nos possam dar suporte também não é, seja a nível da dor, se houver um compromisso circulatório também terão que ser acionados outros profissionais(…)”E7</i>		<i>“outros profissionais que nos possam dar suporte”</i>	

Fatores que contribuem para a tomada de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

Categoria - Avaliação do enfermeiro			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Avaliação centrada no cliente	“(…) minha decisão é em função da avaliação da pessoa no global (…) <i>de acordo com a pessoa que temos e com a percurso que essa pessoa está a viver em termos de saúde (…)</i> primeiro com a pessoa, com a situação que a pessoa está a viver, com o percurso que está a ser feito não é, em termos de saúde-doença (…) <i>não avalio só a ferida em si (…)</i> ahh pronto depois de avaliar a pessoa (…) <i>a capacidade da pessoa se alimentar por exemplo(…)</i> tento que esse penso seja devidamente identificado, caracterizado para que possa ser dada continuidade a essa tratamento.”E1	“minha decisão é em função da avaliação da pessoa no global”	9
	“(…)eventualmente considerarei outras coisas que não só a realização do penso mas também outras coisas que possam ser fatores alimentares, fatores de alguma dependência, fatores de pressão, alguns outros fatores que possam eventualmente ser considerados (…) <i>avaliação daquela pessoa (…)</i> e depois perceber como é que está a pessoa (…) <i>se a pessoa do ponto vista nutricional se está alimentar bem ou não, se do ponto vista da sua mobilidade se continua ativa, se continua eventualmente a utilizar o membro em questão, se for caso, ahh se for uma situação de membro, porque todo aquele movimento, toda aquela utilização motora daquele membro vai também de certa forma facilitar a cicatrização daquela zona, ahh portanto o que tenho em consideração é avaliação da pessoa (…)</i> ”E2	“tenho em consideração é avaliação da pessoa”	
	“(…) decisão também é influenciada, eu falei agora em termos da hidratação e da alimentação isso também é muito influenciado, tanto na prevenção como no tratamento, é muito importante que isso aconteça, porque uma pessoa que esteja mal nutrida ou desidratada, nós até podemos ter o melhor tratamento e os melhores materiais mas dificilmente eles irão ter o sucesso ideal se a pessoa não tiver o resto das condições reunidas (…) <i>depois também o estado nutricional e hidratação da pessoa que é extremamente importante, também (…)</i> ” E3	“depois também o estado nutricional e hidratação da pessoa que é extremamente importante”	
	“Tento avaliar a situação da pessoa, primeiro a nível de antecedentes (…) <i>ver quais são os antecedentes médicos, o que é está envolvido (…)</i> ” E4	“avaliar a situação da pessoa”	
	“(…)depois não é só uma decisão sobre o tratamento específico ou o apótipo específico para aquela ferida(…)depois é tendo em conta o diagnóstico com que nos chegam, ter também atenção a isso, muitas vezes são doentes, imagine-mos, com uma simples oclusão intestinal que nos chegam ao serviço	“depois é tendo em conta o diagnóstico com que nos chegam, ter	

	<i>completamente desnutridos, desidratados, e com cuidados muito deficientes e então vamos começar por aí, é mais este conjunto de fatores com que nós vamos ponderar e depois os apóritos.”E5</i>	<i>também atenção a isso”</i>	
	<i>“Avaliando a pessoa, como se apresenta, como um todo, a idade da pessoa (...)a história passada da pessoa, o que é que fez o que é que não fez (...)também um pouco pela história da pessoa, se a pessoa é, por exemplo, alérgica à prata não opto pela prata (...)com uma avaliação global (...)tem tudo haver com essa globalidade e a partir daí decido, o que é que hei de fazer (...)própria história da pessoa, o que fez o que é que não fez, se já fez cirurgia se não fez cirurgia, a colheita de dados, uma anamnese profunda, que se faz em muito pouco tempo, não é preciso, meia hora, basta dez minutos que nós conseguimos ter logo a percepção da história (...)Portanto uma avaliação da pessoa, do ponto vista global, da sua história, a história da pessoa(...)depois da avaliação da pessoa (...)de si propriamente dita (...)”E6</i>	<i>“Avaliando a pessoa, como se apresenta, como um todo”</i>	
	<i>“(...)não olha só para a pessoa com a ferida em si, não é só aquela ferida, não é só o tratamento à ferida, temos que ver sempre a pessoa como um todo (...)nível de posicionamentos, se é uma pessoa que está acamada que não está, se beneficia de fazer levantamentos ou não(...)depende da pessoa que nós temos à frente e todos os antecedentes que tem, todas as comorbidades que possa ter (...) influencia aqui também um “bocadinho” o fator idade penso eu (...)em que estadio é que a pessoa está, de acordo com a sua patologia clínica(...)”E7</i>	<i>“temos que ver sempre a pessoa como um todo”</i>	
	<i>“(...)da observação da pessoa, primeiro que tudo, no seu estado global, em que fase quer da vida, quer da evolução em que ela está (...)e se vamos tentar prevenir dor antes e depois executar (...)mas se há algum desconforto que possa não ser propriamente doloroso, como o prurido, ou até avaliação do adesivo que é usado e se a pessoa está com alguma reação(...)reduzir as mobilizações se calhar, reduzir a frequência de vezes que tem que ser feito, se for alguém então que esteja com dor, provavelmente vamos causar mais, se fizermos 3x ao dia, se calhar vamos causar mais dor do que se fizermos só uma (...)”E8</i>	<i>“no seu estado global”</i>	
	<i>“(...)decido de acordo com a pessoa, decido de acordo com toda a patologia envolvente da pessoa, todas as comorbidades que ela tem (...)acesso fácil ao processo do utente, tenho muita facilidade em saber a medicação, patologia, para além disso como enfermeira de família consigo seguir os meus utentes e portanto são pessoas que à partida eu conheço (...)da história anterior dos doentes(...)é também toda a história de vida daquelas pessoas (...)”E9</i>	<i>“decido de acordo com a pessoa”</i>	

Avaliação centrada na ferida	“(…) objetivo para aquela lesão, ahh tem a ver com a localização por exemplo dessa lesão, com a pele, ahh a condição da pele à volta da ferida (….) tenho em conta depois as características da lesão em si, se tem exsudado, se tem cheiro, quais são os tipos de tecidos que tem lesão(…) a lesão, a pele envolvente (….)”E1	“as características da lesão em si”	9
	“Tentando perceber as características da ferida (….)Portanto essencialmente, características da ferida e causas que levaram a essa mesma ferida (….)O que considera grandemente a situação é a minha avaliação, portanto a minha avaliação relativamente àquela ferida, se é uma ferida que eu considero que está ao meu alcance intervir, eventualmente intervenho eventualmente se for uma ferida que considero que preciso de ajuda, encaminhando para outro profissional de saúde. (….)daquela ferida é essencial (….)ahhh é aquilo que eu estou a avaliar portanto as condições daquela pele (….) as condições da própria ferida, da forma como ela se apresenta a forma como estava o penso quando foi retirado, se tinha exsudado se não tinha exsudado, se tinha aspeto infetado se não tinha aspeto infetado, como é que se apresenta o tecido, se tem tecido morto, desvitalizado, granuloso, epitelizado, portanto qual é o tipo de tecido que apresenta, em que quantidades é que apresenta, portanto a própria caracterização daquela ferida, se evoluiu ou se involuiu, portanto de que forma é que se apresenta desde a última vez que foi realizado, como é que estão as margens perilesionais, portanto perceber se aquela zona perilesão se eventualmente está com capacidade de alguma forma de fazer favorecimento epitelial à própria ferida (….) avaliação das características da ferida e daquilo que circula a ferida(….)”E2	“avaliação das características da ferida”	
	“(…) depois realmente a própria ferida, o tecido, o estado da ferida, o grau (….) olhar para a ferida, ver, é uma ferida com que características, se tem apenas ou maioritariamente um tipo de tecido, a evolução, se é uma ferida mista ou não, também consoante isto decidir o que fazer (….)”E3	“depois realmente a própria ferida”	
	“(…) ver qual é a história daquela ferida, há quando tempo é que ela tem a ferida, que tipo de ferida é que é, qual foi a causa da ferida (….)quais são os fatores que estão envolvidos naquela ferida (….)”E4	“história daquela ferida”	
	“(…)temos uma folha de registos onde avaliamos a ferida(….)”E5	“avaliamos a ferida”	
	“(…)o tipo de lesão (….)se é uma úlcera de perna, se é uma ferida maligna, se é uma úlcera por pressão(….)da lesão(….)”E6	“tipo de lesão”	
	“(…)portanto a nível do sistema linfático, a nível do sistema circulatório, portanto depende um “bocadinho” do tipo de ferida em si (….)localização em si desta ferida (….)da localização (….)”E7	“do tipo de ferida em si”	

	<p><i>“(…)observo o próprio leito da ferida provavelmente e toda a sua área circundante (…)o local em termos de corpo (…)se é um local que tenha muita implicação com a mobilidade de um dos membros ou não, ou se é um local onde nós não mobilizamos assim tanto (…)e com aquilo que observo(…)estamos a falar daquela vertente que eu lhe tinha dito da observação da pele, ao redor da própria ferida(…)é importante eu avaliar o tecido em si também(…) se eu tenho uma ferida muito exsudativa de ter o cuidado de tentar que o penso se mantenha integro por mais tempo possível(…)se for uma ferida exsudativa, que não repasse ao fim de poucas horas de eu ter estado com a pessoa (…)”E8</i></p>	<p><i>“observo o próprio leito da ferida”</i></p>	
	<p><i>“(…)depende das características da ferida e que tipo de ferida, qual é avaliação que faço daquela ferida (…)depois decido consoante as característica da ferida e da etiologia da ferida, de como é que surgiu aquela ferida, como é que está (…)vou adaptando o que é necessário, à evolução da ferida (…)segundo as características, o tipo de tecido predominante, a pele envolvente, e sobretudo a etiologia, acho que tem muito haver com etiologia da ferida (…)de acordo com a extensão, do tamanho, do tipo de tecido(…)às vezes temos que nos adaptar não só às necessidade da ferida(…)avaliação da ferida, a etiologia da ferida(…)”E9</i></p>	<p><i>“decido consoante as característica da ferida”</i></p>	
Avaliação centrada no tratamento instituído	<p><i>“(…) tentando saber se já está instituído já algum tipo prescrição ou tratamento, e verificar se está ajustado ou não ao momento em que se apresenta aquela ferida ou à forma como se apresenta e se é mantido esse tipo de tratamento ou não (…) se é uma situação que eventualmente já vem com um tratamento anterior e que esse tratamento está-se a esgotar em tempo e que não melhora ou piora, de alguma forma se estiver, em meu entender, nas “minhas mãos” então eu instituirei um outro tratamento(…)” E2</i></p>	<p><i>“saber se já está instituído já algum tipo prescrição ou tratamento”</i></p>	5
	<p><i>“(…)temos sempre em atenção ao tratamento que já vem(…) onde registamos portanto o apórito que colocamos, qual o tratamento que efetuamos e depois a frequência desse penso ou dos pensos, é mais por aí(…)”E5</i></p>	<p><i>“em atenção ao tratamento que já vem”</i></p>	
	<p><i>“Depende um “bocadinho” do tratamento que já está instituído, se já tem algum tratamento instituído tento perceber se realmente aquele tratamento é ou não adequado perante as características daquela ferida (…)”E7</i></p>	<p><i>“se já tem algum tratamento instituído tento perceber se realmente aquele tratamento é ou não adequado”</i></p>	

	<p><i>“(…)tentar que o tratamento também possa ter ou não uma continuidade, acho que é importante perceber se é a pessoa que chega a mim a primeira vez ou se sou eu que chego à pessoa a primeira vez, e aí há uma continuidade de trabalho que vem por trás, que provavelmente e em primeira circunstância não vou, pelo menos, a não ser que seja muito abrangente, eu não vou contestar na totalidade vou perceber o que é que tem sido feito(…) se o penso tiver indicação para ser feito uma vez ao dia, vamos tentar cumprir(…)”E8</i></p> <p><i>“(…)traz uma prescrição, muitas vezes uma prescrição médica(…) se o doente vem do hospital, se vem de outro parceiro, vem referenciado por outra pessoa, eu tento ter em atenção aquilo que o outro referenciou(…)”E9</i></p>	<p><i>“vou perceber o que é que tem sido feito”</i></p> <p><i>“traz uma prescrição, muitas vezes uma prescrição médica”</i></p>	
Autoavaliação global do enfermeiro	<i>“(…)se eu quiser eleger um dos fatores em que assenta a minha decisão, esse fator é a minha avaliação.”E2</i>	<i>“esse fator é a minha avaliação”</i>	2
	<i>“(…)faço habitualmente uma avaliação(…)” E9</i>	<i>“faço habitualment e uma avaliação”</i>	
Avaliação centrada no meio envolvente do cliente	<i>“(…) em que meio a pessoa está inserida, que família a pessoa tem (…)a sua relação por exemplo, o meio em que se insere, não te esqueças que nós temos aqui pessoas que moram numa barraca ou numa vivenda na aroeira e isso é tudo importante, porque eu posso ter um poliban ultramoderno para lavar uma perna ou ter um alguidar no quintal, portanto tenho que avaliar, porque o ambiente onde a pessoa se insere, também vai depender de algumas decisões minhas (…)do seu ambiente, da sua família(…)”E6</i>	<i>”o meio em que se insere”</i>	1
Categoria – Recursos Disponíveis			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Recursos materiais	<i>“(…) penso ideal de acordo com o material que temos (…) tenho que atender aos materiais que tenho no hospital, por exemplo ou noutro local, caso o material que esteja à minha disposição seja adequado faço o penso daquela forma com aqueles materiais(…) Imaginando que, não tenho os materiais que considero adequados, que tenho possibilidade de os pedir ou no momento ou à posteriori, então aí farei um penso...ahhh um penso que pode não ser o mais adequado mas que não vai à partida prejudicar a evolução do processo e depois tento providenciar esse material(…)”E1</i>	<i>“penso ideal de acordo com o material que temos”</i>	7
	<i>“(…) do tipo de apósito disponível(…)”E2</i>	<i>“tipo de apósito disponível”</i>	

	<p><i>“Depois também o material que existe não é (...) Os materiais, claro, porque infelizmente não existe a nível das instituições tudo aquilo que seria desejável (...) portanto perante a existência ou não destes materiais também se tenta decidir o que utilizar(...) e perante também os materiais que nós temos (...)”E3</i></p>	<p><i>“o material que existe”</i></p>	
	<p><i>“(…)tento ver qual é o tratamento que tenho disponível no hospital e isso influencia muito a minha tomada de decisão neste momento não temos todos os tratamentos que gostaríamos de ter, portanto não posso por muita vezes o tratamento que eu acho mais adequado porque não o tenho disponível (...)”E4</i></p>	<p><i>“tratamento que tenho disponível no hospital e isso influencia muito a minha tomada de decisão”</i></p>	
	<p><i>“Temos um registo de material que temos, infelizmente não temos acesso a todo o tipo de material, mesmo que pensamos que seja mais adequado, temos sempre que usar aquilo que temos no nosso serviço (...)com os recursos materiais que existem (...)às vezes temos que pedir apósitos, não temos e depois é com o que temos ”não há, então vamos fazer com o que há” e às vezes pode não ser o mais adequado para aquela ferida mas, tem que ser, infelizmente temos que trabalhar com o que há (...)”E5</i></p>	<p><i>“não temos acesso a todo o tipo de material, mesmo que pensamos que seja mais adequado, temos sempre que usar aquilo que temos no nosso serviço”</i></p>	
	<p><i>“(…)aquilo nós conseguimos cá ter no serviço, não te esqueças que é necessário ter um portfólio mínimo de produtos a utilizar, e isso também conta com certeza.”E6</i></p>	<p><i>“é necessário ter um portfólio mínimo de produtos a utilizar”</i></p>	
	<p><i>“A minha tomada de decisão sobre os materiais (...)do material que tenho para colocar(...)a nossa tomada decisão não é de todo só os materiais que temos disponíveis(...)”E9</i></p>	<p><i>“do material que tenho para colocar”</i></p>	
Ambiente de prestação de cuidados	<p><i>“Em que contexto? contexto hospitalar? vamos para o contexto hospitalar ou vamos para todos os contextos?”E2</i></p>	<p><i>“Em que contexto?”</i></p>	3
	<p><i>“(…) eu tive por um período no serviço de urgência, que de facto é um serviço muito peculiar... olhe aproveito para acrescentar este aspeto sobre a influência, que é o tipo de serviço onde o profissional realmente presta cuidados (...) porque no internamento o trabalho é minimamente programável não é, e numa urgência isto é muito mais complicado(...)portanto o nível de trabalho, a rapidez com que se tem de trabalhar, até os materiais que existem(...)portanto ali não há uma grande panóplia de materiais para tratar feridas, como há num internamento porque não era suposto isso acontecer(...)”E3</i></p>	<p><i>“este aspeto sobre a influência, que é o tipo de serviço onde o profissional realmente presta cuidados”</i></p>	
	<p><i>“(…)a nossa tomada de decisão neste contexto</i></p>	<p><i>“nossa tomada de</i></p>	

	<i>provavelmente noutros contextos com outros utentes, com doentes com feridas agudas ou pós cirúrgicas são diferentes dos das feridas crónicas dos utentes com os doentes da comunidade (...)"E9</i>	<i>decisão neste contexto "</i>	
Recursos pecuniários	<i>"depois o que importa também é o fator económico, muitas vezes pensamos que determinado tratamento é o melhor, e mais eficaz e se calhar mais rápido e como menos custos, mas depois chegam lá as chefias, e às vezes o que importa também é o fator económico e por isso muitas vezes não temos o material disponível, ou nas quantidades que precisamos ou determinado tipo de tratamento que queremos seguir, mas que depois é recusado pelo ao fator económico (...)fator muito importante que sempre domina a nossa prática(...)infelizmente não o temos disponível, e posso falar de apósitos(...)daí também os nossos recursos humanos serem tão escassos, o fator económico também é por aí(...)"E5</i>	<i>"às vezes o que importa também é o fator económico e por isso muitas vezes não temos o material disponível"</i>	2
	<i>"(...)antes de terem dinheiro para comprar uma meia, porque estas coisas dos dinheiros, e das meias também são um fator importante quando estamos na comunidade porque eles não surgem assim, não temos dinheiro para comprar(...)"E9</i>	<i>"estas coisas dos dinheiros, e das meias também são um fator importante"</i>	
Recursos humanos	<i>"(...)com os recursos humanos que existem (...)"E5</i>	<i>"os recursos humanos que existem"</i>	1
Apoios normativos	<i>"(...)temos a sorte de ter sites, de termos sites muito fidedignos, tipo EPUAP, EWMA, os espanhóis por exemplo, os ingleses, onde tu vais lá buscar por exemplo as guidelines e as últimas, por assim dizer em relação à ciência (...)"E6</i>	<i>"guidelines"</i>	1
Categoria - Mobilização do conhecimento			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Utilização do conhecimento adquirido na formação contínua	<i>"(...)tendo por base os princípios da execução de pensos, nomeadamente os que aprendi mais recentemente no curso de feridas que realizei à cerca de um, dois anos(...) portanto é sempre com essa base que acontece a tomada de decisão(...) em termos mesmo em relação ao penso, aplico o tratamento, que de acordo com os conhecimentos, que tenho considero mais apropriados(...) por vezes é preciso adaptar os materiais, e... e consegue-se com os conhecimentos sobre os apósitos, as placas, os tratamentos fazer alguma adaptação(...)"E1</i>	<i>"tendo por base os princípios da execução de pensos, nomeadamente os que aprendi mais recentemente no curso de feridas"</i>	4
	<i>"(...)eu penso que desde o momento em que fui reciclar os conhecimentos relativamente à prestação de cuidados em feridas, em doentes com</i>	<i>"fui reciclar os conhecimentos relativamente à</i>	

	<p>ferida crónica, que eu acho que me sinto um “bocadinho” mais sustentado aquilo que vou fazendo e aquilo que vou decidindo. “E2</p> <p>“(…)eu fiz uma formação (…) eu acho que me deu algumas competências mais do que aquelas que eu tinha, a nível do curso base já tínhamos algumas noções mas claro que elas também são um pouco esquecidas e não só (…) nós nem sempre temos a capacidade de evoluir ao mesmo tempo e progredir os nossos conhecimentos e ter os nossos conhecimentos atualizados à velocidade com que as coisas evoluem, e portanto esta formação também foi importante para isso (…)a equipa até tem no seu geral, além de querer aprender, também algumas pessoas fizeram esta formação e portanto a decisão em equipa também é uma coisa importante, porque as pessoas são interessadas e também tem alguma formação no geral e isso ajuda bastante(…)a formação que está por trás, para que essa ação de facto seja fundamentada e faça sentido, porque se for uma ação não fundamenta até posso fazê-lo todos os dias mas se fizer todos os dias mal também não se chega a lado nenhum (…)” E3</p> <p>“A formação pode ser a que tu já adquiriste (…) pós académica (…)”E7</p>	<p>prestação de cuidados em feridas”</p> <p>“eu fiz uma formação (…) eu acho que me deu algumas competências mais do que aquelas que eu tinha”</p> <p>“formação pode ser a que tu já adquiriste(…) pós académica”</p>	
Utilização do conhecimento de origem inespecífica	<p>“(…)a nossa tomada de decisão baseia-se no nosso conhecimento, como é óbvio, individual (…o nível de conhecimento, os meus próprios conhecimentos (… nível de conhecimento que nós temos (…)”E5</p> <p>“(…)óbvio que vou cruzando perante aquilo que estudo, e estudo todos os dias, sobre pessoas com feridas (…)”E6</p> <p>“Mas influencia a nossa formação(…) pessoal(…) formação(…)”E7</p> <p>“(…)com os meus conhecimentos (…o meu conhecimento que posso ter sobre alguns materiais que estão à disposição, no sentido de reduzir tudo isto que tínhamos falado, ou seja, prurido, a dor, tentar evidentemente nunca pôr de lado a viabilidade ou a melhoria do leito da ferida e se for uma melhoria nem que seja porque até reduzimos a dor já é bom(…)dos tais materiais que eu já falei,</p>	<p>“nossa tomada de decisão baseia-se no nosso conhecimento”</p> <p>“vou cruzando perante aquilo que estudo, e estudo todos os dias, sobre pessoas com feridas”</p> <p>“Mas influencia a nossa formação”</p> <p>“os meus conhecimentos”</p>	5

	<p><i>escolher aqueles que eu acho que são mais indicados para aquela situação(...)"E8</i></p> <p><i>"A minha tomada de decisão é influenciada pelo meu conhecimento sobre os materiais que existem, sobre as possibilidades terapêuticas que existem, e nas possibilidades de tratamento o meu conhecimento sobre isso (...)mas o que influencia a minha decisão é isso, é o meu saber sobre o que existe disponível(...)e aquilo que eu sei(...)evidente que tem aqui toda aquela componente teórica que nós sabemos, quanto mais sabemos, melhor é nossa capacidade de decisão, mas também melhor, ficamos menos inseguros e portanto conseguimos gerir melhor, esta questão de "eu mudei, a ferida não evolui bem" e agora o doente vai-me dizer, "mas afinal mudou e isto não evolui nada" mas eu consigo argumentar e dizer mas vamos esperar vamos adaptar outra vez, vamos melhorar, vamos experimentar outra coisa, vamos ver se evolui, também acho que tem haver com o conhecimento."E9</i></p>	<p><i>"A minha tomada de decisão é influenciada pelo meu conhecimento"</i></p>	
Utilização do conhecimento proveniente da pesquisa em fontes científicas	<p><i>"(...)depois pela ciência em si, pelo estudo (...) A ciência, procuro estar no estado da arte, é óbvio que eu não posso ler todos os trabalhos, por exemplo sobre, úlcera por pressão, que saem, saem não sei quantos por semanas, uns cento e tal por semana, é impossível eu fazer (...)depois como é óbvio porque as evidências científicas não são muito altas, evidências classe B, C, evidências A como a terapia compressiva há poucas (...)é obvio que a ciência, a ciência, a ciência, não me canso com a ciência, aliás a ciência evolui muito mais rápido do que o próprio comportamento das pessoas, e isso tem nos arranjado alguns problemas porque as pessoas continuam a fazer práticas muito pouco recomendadas, no tratamento de feridas e tu sentes-te, confrontado com elas, e existe algum enraizamento nas pessoas na utilização nesses produtos, como a iodopovidona, como o hipoclorito de sódio, como o água oxigenado o peróxido de oxigénio (...) "E6</i></p>	<p><i>"A ciência, procuro estar no estado da arte, é óbvio que eu não posso ler todos os trabalhos"</i></p>	1
Utilização do conhecimento adquirido na equipa	<p><i>"(...)faço de acordo com os meus conhecimentos e daquilo que consigo, que já consegui não a nível de formação formal, não é, mas que entre partilha convosco que já consegui realmente perceber em algumas feridas o que é que é mais adequado atualmente, embora não tenha um suporte de formação mesmo formal nesta área (...)agora tento validar se não estiver ninguém com experiência, com suporte nessa área, suporte informativo, tento fazer de acordo com os conhecimentos que tenho vindo adquirir junto de vós (...)formação partilhada com outros colegas"E7</i></p>	<p><i>"não a nível de formação formal, não é, mas que entre partilha "</i></p>	1

Categoria – Recurso a terceiros			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Opinião de colegas da equipa	<i>“(…)trabalhando num serviço em que existem enfermeiros sempre ao meu lado a tomada de decisão é regra geral partilhada, especialmente em feridas complexas, é muito raro efetuar um penso complexo sem pedir opinião, sem fazer uma partilha de pensamento/avaliação (...)”E1</i>	<i>“é muito raro efetuar um penso complexo sem pedir opinião, sem fazer uma partilha de pensamento/avaliação”</i>	5
	<i>“(…)se for no meu serviço, a situação é um pouco diferente, porque de alguma forma nós conversamos todos os dias, nós falamos sobre a forma como se apresentam as feridas quase que diariamente e portanto vamos dando algum espaço e vamos fazendo algumas mudanças de acordo que aquilo que nos apresenta também em termos da avaliação (...)”E2</i>	<i>“nós conversamos todos os dias, nós falamos sobre a forma como se apresentam as feridas quase que diariamente”</i>	
	<i>“Depois de facto os elementos da equipa, quando a decisão é partilhada, os elementos da equipa com quem a partilhamos também vão ter alguma influência, não é, porque mediante tenham mais ou menos experiência, mais ou menos formação, até mais ou menos interesse, isso pode ajudar-nos a ir por um caminho ou por outro e portanto também influencia.” E3</i>	<i>“a decisão é partilhada, elementos da equipa com quem a partilhamos também vão ter alguma influência”</i>	
	<i>“(…)tentamos sempre refletir o porquê daquela ferida não é, muitas vezes são doentes que vêm desnutridos e o próprio diagnóstico também não ajuda, e muitas vezes pensamos que os cuidados também não são os melhores (...)depois em grupo, porque também é uma decisão que nós tomamos enquanto equipa, qual a melhor opção de tratamento para aquela ferida (...)depois pronto é pensar e discutir também um “bocadinho” em equipa no tratamento a fazer (...) mas tento sempre ter apoio dos colegas mais velhos, dos colegas com mais experiência, tento sempre ter apoio dos colegas, trabalhamos muito em equipa (...)” E5</i>	<i>“uma decisão que nós tomamos enquanto equipa, qual a melhor opção de tratamento para aquela ferida”</i>	
	<i>“(…)penso que essencialmente é isso (...) partilha.”E7</i>	<i>“partilha”</i>	
Opinião de peritos	<i>“(…)a informação e tomada de decisão é muitas vezes partilhada, até pode ser com alguém que não está ali no momento, mas sabendo que existe alguém que tem mais conhecimentos na área fazendo uma descrição, ou mesmo mostrando fotografias, posso vir a tomar uma decisão depois mais tarde diferente (...)”E1</i>	<i>“sabendo que existe alguém que tem mais conhecimentos na área fazendo uma descrição, ou mesmo mostrando fotografias, posso vir a tomar uma decisão depois</i>	2

		mais tarde diferente”	
	“(…)se tenho dúvidas realmente procuro aconselhar-me junto de algum colega que tenha os conhecimentos mais atualizados (…)portanto tento fazer isso, tento sempre aconselhar-me com quem eu sei que tem formação e experiência na área (…)a partir do momento que consigo estar com alguém, partilhar essa execução e pronto, tentar perceber se está de acordo ou não com as últimas orientações.”E7	“aconselhar-me com quem eu sei que tem formação e experiência na área”	
Articulação com o médico	“(…)depois realmente às vezes também a colaboração um “bocadinho” com os médicos, principalmente por exemplo suplementos alimentares, porque efetivamente alguns doentes já não se conseguem alimentar da melhor forma ou porque estão extremamente emagrecidos e o aporte nutricional normal, ou seja, através das refeições às vezes não é o suficiente e portanto temos que ter aqui um suplemento alimentar e isso advém da prescrição do médico, portanto se ele não prescrever nós não conseguimos tê-lo fornecido pela farmácia(…)”E3	“às vezes também a colaboração um bocadinho com os médicos”	3
	“(…)o médico, porque nós ainda trabalhamos muito dependente das direções que o médico nos dá, porque a consulta funciona em conjunto com a consulta médica portanto muitas vezes o médico é que prescreve o tratamento.”E4	“a consulta funciona em conjunto com a consulta médica portanto muitas vezes o médico é que prescreve o tratamento”	
	“(…)mas é um conflito porque em última instância é o médico, o cirurgião que decide, e é a minha palavra contra a palavra dele, é o meu saber contra o saber dele, e esta questão coloca em dualidade o próprio doente(…)”E9	“o cirurgião que decide, e é a minha palavra contra a palavra dele, é o meu saber contra o saber dele”	
Categoria – Opinião do cliente			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Envolvimento do cliente e família no cuidado à ferida crónica	“(…)tentando também perceber com a pessoa ou com família as causas que estiveram na origem desta mesma ferida (…)”E2	“perceber com a pessoa ou com família as causas”	6
	“Tenho em conta o que a pessoa me diz, portanto se a pessoa me diz que à partida há alguma tratamento que rejeita eu não posso ir ou tento não ir por aquele caminho, ou tento perceber porque é que a pessoa tem aquela atitude face a determinado tratamento (…)”E4	“Tenho em conta o que a pessoa me diz”	
	“(…)mas vou adaptando o tratamento (…))à própria pessoa (…))mas depois dessa pequena entrevista onde há essa colheita de dados e esse conhecimento mútuo,	“a própria experiência em relação à	

	<i>em que eu começo a vislumbrar um pouco, qual é a própria experiência em relação à sua ferida(...)que expectativas tem ele (...)porque felizmente as pessoas mostram-se abertas a contar a sua história (...)”E6</i>	<i>sua ferida”</i>	
	<i>“(...)o que é que aquela ferida poderá também estar a causar àquela pessoa, nomeadamente a dor (...)”E7</i>	<i>“ferida poderá também estar a causar àquela pessoa”</i>	
	<i>“(...)tentar fazer uma caracterização também ao nível de dor, se esta tem dor ou não (...)como é que a pessoa se sente, melhorar a colocação de um penso ou um adesivo pode ser importante no sentido de alguma mobilidade (...)desconforto também pode ter haver se for uma ferida exsudativa, inclusivamente para a própria pessoa o odor(...) nós temos alguns materiais que podemos colocar e contribuem para redução do mesmo, não é, portanto se reduzirmos o exsudado, reduzimos o odor, e provavelmente também estamos a reduzir o desconforto e estamos a contribuir para uma evolução favorável ou pelos menos para um cuidado favorável daquela pessoa e essa preocupação também é importante, e tentar que ele seja feito com a área e tamanho adequado no sentido de não se tornar desconfortável(...)”E8</i>	<i>“como é que a pessoa se sente, melhorar a colocação de um penso ou um adesivo pode ser importante no sentido de alguma mobilidade”</i>	
	<i>“(...)influencia o próprio utente, os doentes portadores de feridas crónicas são utentes já com a sua própria história de vida que lhes permite ter alguma sensibilidade à tomada de decisão, “eu já utilizei isso, e olhe não deu resultado”(…) as pessoas não são burras, as pessoas percebem e a diferença no conforto, do exsudado, percebem a diferença da ferida como evolui ou não evolui, e por isso aceitam essa situação(...)se é uma situação muito nova e o doente está muito ansioso, muito preocupado, a própria família com aquela situação, eu também não vou utilizar um material que me permita ficar muito tempo sem vir cá, por exemplo, porque eu sei que esta situação causa imensa ansiedade e também não vai ter uma boa evolução da ferida, portanto tento utilizar material, decidir o que é que faço(...)como às necessidades das pessoas, como às necessidades da família(...)provavelmente o envolvimento da pessoa, a vontade das pessoas, da família(...)”E9</i>	<i>“utentes já com a sua própria história de vida que lhes permite ter alguma sensibilidade à tomada de decisão”</i>	
Adesão do cliente ao cuidado	<i>“(…)em relação à própria pessoa se ela esta a colaborar ou não, porque se for uma pessoa que consiga, isto em termos dos posicionamentos que também falei anteriormente, uma pessoa que consiga auto posicionar-se e alternar os decúbitos também pode ser ensinada e incentivada e as próprias visitas que tem, principalmente a pessoa significativa que está no internamento mais tempo, também podem ser</i>	<i>“portanto pode haver aqui uma colaboração”</i>	3

	<i>ensinados e treinados a fazer esta alternância de decúbitos, e também a fazer um melhor aporte hídrico, um melhor aporte de alimentação, portanto pode haver aqui uma colaboração(...)"E3</i>		
	<i>"(...)procuro sempre ter uma pequena conversa, podemos chamar-lhe entrevista com a pessoa, muito antes sequer de lhe observar a lesão propriamente dita, isso faz com que a pessoa se sinta segura, se mostre motivada para aquilo que lhe vai ser pedido ter resultado (...)"E6</i>	<i>"se mostre motivada para aquilo que lhe vai ser pedido ter resultado"</i>	
	<i>(...)adesão do próprio doente, não vale a pena estar a fazer uma ligadura compressiva num doente que eu sei que vai tirar e que não vai querer e que não adere, portanto tem que ter aqui uma boa adesão com o doente, se não ele não quer e isso influencia imenso a minha decisão, quem diz fazer uma ligadura compressiva, diz fazer, colocar um material que até podia ficar durante muito mais tempo, mas eu sei que o doente ainda está muito inseguro e não vai aceitar e vai ter necessidade de vir cá num curto espaço de tempo, e por isso também influencia (...)portanto esta questão de decidir também devemos de decidir de acordo com aquilo que é confortável para as pessoas, aquilo que o próprio doente acredita, se os doentes não acreditarem que aquilo vai resultar, não resulta, portanto não resulta (...)mas se as pessoas não acharem ou tiram ou não fazem bem, e eu acho que aqui a minha decisão, a decisão terapêutica cruza-se com adesão, com adesão dos próprios doentes porque se não se cruzarem estes dois vetores nada feito(...)"E9</i>	<i>"aqui a minha decisão, a decisão terapêutica cruza-se com adesão, com adesão dos próprios doentes porque se não se cruzarem estes dois vetores nada feito"</i>	
Confiança estabelecida com enfermeiro	<i>"(...)também depende da relação que temos com os nossos doentes (...)e da forma como lidamos com eles(...)eu não posso numa primeira abordagem, "olhe eu não concordo com isso, vou fazer como eu gosto", porque à partida não vou ter uma boa adesão do doente, o doente não sabe aquilo que eu sei, e por isso tenho primeiro que ter uma relação de confiança com ele, para depois eu lhe dizer "eu penso que esta forma de como está prescrito não é mais correta, podemos ver outra e utilizar outra a seguir" porque se não os coitados dos doentes ficam aqui na dualidade entre uns que mandam e outros que executam, por isso depende também de como os doentes chegam até nós e a nossa tomada de decisão (...)prescreve soluto de dakin com açúcar, numa loca com...numa loca de uma amputação de um dedo de um pé diabético, quando a pessoa chega até mim, depois de uma amputação, aquela prescrição do médico e do cirurgião em que ele acredita, eu não posso de imediato dizer "eu não concordo com isso, eu não vou fazer isso dessa forma", porque eu não tenho uma relação construída</i>	<i>"esta é uma confiança adquirida, não é uma confiança de início por isso a tomada de decisão do que vamos fazer também tem em conta todas estas situações"</i>	1

	<p><i>com ele, quem ele acredita é no cirurgião por isso eu vou criar aqui uma relação de conflito, o que eu faço muitas vezes, faço uma primeira abordagem exatamente como está prescrito e depois digo “olhe, não houve uma grande evolução, eu penso que este já não é adequado, poderíamos experimentar outra coisa”, tento de uma forma geral não pôr em causa, de uma forma muito direta os outros profissionais(...)os doentes com mais continuidade dizem “bom, eu fui lá ele quase nem me viu, portanto Sra. enfermeira faça como entender” esta é uma confiança adquirida, não é uma confiança de início por isso a tomada de decisão do que vamos fazer também tem em conta todas estas situações(...)primeiro com maior regularidade ou se eu percebo que as pessoas ficam mais ansiosas por alguma razão e depois as pessoas adquirem confiança, e espaçamos e fazemos(...)”E9</i></p>		
Categoria - Resultados de enfermagem planeados			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Resultado paliativo	<p><i>“(...)se o objetivo for paliativo, então o tratamento a desenvolver tem esse objetivo e objetivo máximo proporcionar o conforto à pessoa.” E1</i></p>	<p><i>“se objetivo for paliativo, então o tratamento a desenvolver tem esse objetivo”</i></p>	4
	<p><i>“Depois também, ahhh se é uma ferida que se quer a cura ou se é uma ferida que... por exemplo se for uma pessoa que esteja numa fase terminal de vida ou se for uma ferida neoplásica, portanto há certas feridas que há consciência e o fundamento científico de que não vão fechar, portanto aquilo que se quer é melhorar a qualidade de vida da pessoa que tem a ferida(...)se não é uma ferida para cura, se calhar vamos otimizar então o facto de poder diminuir o cheiro e não propriamente o material melhor para o tipo de tecido que existe, porque não é por aí o caminho(...)” E3</i></p>	<p><i>“se é uma ferida que se quer a cura ou se é uma ferida que...”</i></p>	
	<p><i>“(...)estamos em cuidados paliativos? estamos em cuidados em fim de vida?”E6</i></p>	<p><i>“estamos em cuidados paliativos?”</i></p>	
	<p><i>“(...)acho que é importante percebermos se estamos, para já perante uma ferida que possa ser crónica, na sua cronicidade e não vai ter uma intervenção propriamente no seu restabelecimento da integridade cutânea total, estamos quase a falar de uma ferida crónica, cuidado paliativo por aí, e portanto aí eu fico muito preocupado em termos da dor da pessoa quer durante a execução do próprio procedimento quer pós, como é que a pessoa fica nas restantes 24horas, ou restantes horas em que eu não estou em contato(...)portanto desta questão de ser crónico ou não é importante(...)”E8</i></p>	<p><i>“portanto desta questão de ser crónico ou não é importante”</i></p>	

Resultado curativo	<i>“(…)objetivo é curativo e então de acordo com esse objetivo vou atuar(…)” E1</i>	<i>“objetivo é curativo e então de acordo com esse objetivo vou atuar”</i>	3
	<i>“(…) agora se realmente for uma pessoa com uma ferida aguda, portanto uma ferida que se quer que tenha uma cura completa, portanto isso faz com que a decisão seja outra(…)digamos a finalidade que se tem para aquele tratamento e isso também influencia bastante como é óbvio(…)” E3</i>	<i>“uma ferida que se quer que tenha uma cura completa, portanto isso faz com que a decisão seja outra”</i>	
	<i>“Estamos a falar uma pessoa que tem uma calcifilaxia do membro inferior por insuficiência renal e depósitos de cálcio, estamos a falar do quê?”E6</i>	<i>“insuficiência renal e depósitos de cálcio, estamos a falar do quê?”</i>	

Categoria – Experiência Clínica

Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
<i>“(…)e de facto a experiência que cada um de nós tem (…) própria experiência, portanto se no meu local de trabalho existirem constantemente pessoas com feridas a minha experiência vai ser maior, pelo menos na ação(…)” E3</i>	<i>“própria experiência, portanto se no meu local de trabalho existirem constantemente pessoas com feridas a minha experiência vai ser maior”</i>	4
<i>“(…)perante a minha experiência propriamente dita (….)é óbvio que a nossa experiência também conta, a nossa experiência(…)e depois a experiência claro, a experiência é importante para muita coisa, por exemplo o desbridamento cortante ou cirúrgico, tens que ter mão, uma terapia compressiva tens que a saber fazer, a experiência conta muito, com certeza que sim(…)”E6</i>	<i>“perante a minha experiência”</i>	
<i>“(…)a experiência que possas ter naquela área (…)experiência que tem haver também com o tempo ou com casos que tu possas ter tido semelhantes(…) experiência(…)”E7</i>	<i>“experiência que tem haver também com o tempo ou com casos que tu possas ter tido semelhantes”</i>	
<i>“(…)com a minha experiência (….)”E8</i>	<i>“minha experiência”</i>	

Categoria- Segurança científica

Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
<i>“(…)e depois a confiança que se tem ou não, porque muitas vezes temos dúvidas, ahh por mais feridas que nos apareçam, parecem todas iguais mas não são (…)a confiança que nós temos para exercer determinada decisão(…)”E5</i>	<i>“confiança que nós temos para exercer determinada decisão”</i>	1

Categoria- Tempo disponível

Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
<i>“(…)ahh e muitas vezes também o tempo (…)”E4</i>	<i>“o tempo”</i>	2
<i>“(…)depois é as prioridades que nós temos, temos que definir prioridades para tomar uma decisão mais acertada, mais correta, penso que no nosso dia-a-dia as prioridades são o que mais definem a nossa tomada de decisão, não é, temos que</i>	<i>“depois é sabermos organizar o nosso tempo, mas isto em relação a tudo, seja a</i>	

<p><i>construir, temos vários doentes a nosso cargo e depois é naquele turno, no início logo, no início do turno depois da passagem de turno é pensarmos o que é que é prioritário aqui, e depois é termos em atenção também, tomarmos em conta que podem haver coisas que não estamos à espera, prever o que pode acontecer ou não, pode não acontecer mas ao menos estamos à alerta e tomamos prioridade de acordo com isso (...)</i>depois é sabermos organizar o nosso tempo, mas isto em relação a tudo, seja a fazer um penso(...)daí as prioridades, porque muitas vezes temos que prestar cuidados deficientes a pessoas e infelizmente sabemos que tem que ser assim porque se não as outras 30 pessoas não tem medicação, não tem os mesmos cuidados(...)"E5</p>	<p><i>fazer um penso(...)daí as prioridades"</i></p>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	--

Modo de decisão no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica

Categoria- Utilização do processo de enfermagem			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Avaliação inicial	<p><i>"(...) Sra. jovem mas que estava em estado vegetativo (...) em termos de material de apoio para alívio de pressão, tinha todo o tipo de equipamento (...)" E1</i></p>	<p><i>"Sra. jovem mas que estava em estado vegetativo"</i></p>	8
	<p><i>"(...)diferença daquilo que faço hoje, procuro de alguma forma perceber e distinguir, quais são as fases, ou em que fases é que eu tenho de cicatrização em que se apresenta aquela ferida e então, dependendo disso, penso qual será o apósito melhor, considerando isso mesmo (...)"E2</i></p>	<p><i>"em que fases é que eu tenho de cicatrização em que se apresenta aquela ferida e então, dependendo disso, penso qual será o apósito melhor"</i></p>	
	<p><i>"(...) múltiplas feridas, naquele momento efetivamente até se pode dizer que a nível do hemicorpo posterior, desde da cabeça até aos calcâneos esta Sra. tinha provavelmente mais área de úlceras do que propriamente pele integra, saudável, de epitélio, portanto foi uma situação efetivamente marcante(...)"E3</i></p>	<p><i>"Sra. tinha provavelmente mais área de úlceras do que propriamente pele integra"</i></p>	
	<p><i>"(...)as pessoas com úlcera de perna(...)a pessoa já tem aquela ferida há 7 anos(...)ver como é que a pessoa está, qual é o estado da pessoa, e que penso é que a pessoa já trazia (...)portanto à partida eu tenho que ver como é que a ferida está naquele momento e naquele momento eu tenho que ver pelo aspeto, pelo tipo de tecidos, pelo exsudado, o que é que a pessoa necessita e é aí que eu baseio a minha decisão."E4</i></p>	<p><i>"como é que a pessoa está, qual é o estado da pessoa, e que penso é que a pessoa já trazia (...)pelo aspeto, pelo tipo de tecidos, pelo exsudado, o que é</i></p>	

		<i>que a pessoa necessita”</i>	
	<i>“(…)úlceras de pressão na sagrada, de último grau, teve que ir ao bloco várias vezes, fazer enxerto(…)”E5</i>	<i>“úlceras de pressão na sagrada”</i>	
	<i>“(…)Sr. novo, na casa dos 32 anos (…)-vinha com o diagnóstico de gangrena de fournier, com uma lesão a nível do escroto, inguinal direita (…)-Sr. que teve uma migração de uma ileostomia, para o centro da sua deiscência da laparoscopia abdominal(…)”E6</i>	<i>“vinha com o diagnóstico de gangrena de fournier, com uma lesão a nível do escroto, inguinal direita”</i>	
	<i>“(…)uma ferida considerada crónica, sem se quer intervenção cirúrgica, uma Sra. perfeitamente autónoma independente, consciente, orientada, já com alguma idade de facto, mas de resto capaz de se autocuidar (…)-ainda para mais com algum pudor em mostrar o seu corpo, sobretudo se forem homens(…)-A tomada de decisão tinha sempre em linha de conta com, este pudor da Sra.(…)”E8</i>	<i>“uma ferida considerada crónica”</i>	
	<i>“mas numa primeira abordagem não drenaram o hematoma(…)-tinha alguma dificuldade de mobilidade, e a família estava assustadíssima com aquela extensão da ferida, achavam que iam amputar a perna (…)-o membro estava a começar a ficar edemaciado, estava a começar a ficar infectado, apesar da grande cobertura antibiótica(…)-um homem que tinha esclerose múltipla e tinha uma insensibilidade marcada, muito muito marcada nos pés(…)”E9</i>	<i>“homem que tinha esclerose múltipla e tinha uma insensibilidade marcada”</i>	
Formulação diagnóstica	<i>“(…)anquilosada tinha um posicionamento já, ahh difícil também de proporcionar um posicionamento correto, ahh portanto e essa pessoa veio a desenvolver uma úlcera de pressão no isquion (…)-portanto foi uma ferida de pressão, primeiro apareceu uma zona de eritema não branqueável já com um tom azulado não é, depois como estas situações são muito rápidas, evoluiu para uma lesão com cerca de talvez 3cm por 3 mais ou menos, todo o processo foi rapidíssimo, uma necrose, tecido desvitalizado (…)-depois como urinava para a fralda era incontinente a nível fecal e a nível vesical, ainda era mais complexo atuar aquele nível(…)-mas o importante disto é que a ferida foi mesmo aumentando e uma lesão destas características iniciais avança para um situação com cerca de 10cm não sei por 10, com à partida com exposição de osso(…)”E1</i>	<i>“difícil também de proporcionar um posicionamento correto, ahh portanto e essa pessoa veio a desenvolver uma úlcera de pressão no isquion”</i>	7
	<i>(…)-isto tinha acontecido porque a Sra. tinha ficado caída em casa, e portanto tinha imensas</i>	<i>“a Sra. tinha ficado caída em</i>	

	<i>feridas (...)as feridas eram bastante profundas, algumas até com, já com o tendão portanto a ver-se e de facto a extensão era muito grande e o tratamento que tinham instituído não seria o mais adequado(...)elas tinham praticamente todas as mesmas características, estavam quase todas em granulação, algumas tinham algum tecido desvitalizado(...)”E3</i>	<i>casa, e portanto tinha imensas feridas”</i>	
	<i>“(...)nós sabemos que o tratamento mais indicado, porque depois temos os exames complementares e temos dopplers feitos, e o tratamento mais adequado seria uma terapia compressiva, só que nós cá não temos essa possibilidade(...)”E4</i>	<i>“depois temos os exames complementares e temos dopplers feitos, e o tratamento mais adequado seria uma terapia compressiva”</i>	
	<i>“(...)mas aquilo não tinha muita viabilidade pronto, a Sra. também já era acamada há vários anos, a nível nutricional péssimo...péssimo, apesar de estar a fazer alimentação entérica, porque ela também a nível de absorção também não ajudava, portanto nada ajudava, acamada, fator nutricional péssimo, uma absorção péssima, uma pessoa muito obesa, e tinha uma úlcera na sagrada enorme(...)aquela Sra. estava ser alimentada por sonda, estava a fazer alimentação entérica, aquela absorção era péssima(...)”E5</i>	<i>“não tinha muita viabilidade pronto, a Sra. também já era acamada há vários anos”</i>	
	<i>“(...)da nossa avaliação imediata, porque a experiência vai sendo muita, reparamos que as características daquela lesão não tinham rigorosamente nada haver com uma gangrena de fournier, o que tínhamos na nossa presença era uma ferida maligna, é óbvio que avaliação da pessoa, dos sintomas que a pessoa apresentava, da dor, do desconforto, da incapacidade funcional, da análise da região peri-ferida, como o aumento dos gânglios linfáticos regionais, com alteração invasiva da pele peri-lesional, com a presença da lesão proliferativa, o cheiro característico, o tipo de sangramento, o exsudado produzido, tudo isso dessa avaliação que encaixava, como a gente costuma dizer by the book, numa ferida maligna (...)alertamos como podes calcular a cirurgia várias vezes, não foi crente desde início mas fez-se a histologia e provou que a nossa caracterização da ferida correspondia à histologia, o Sr. tinha e tem uma lesão maligna(...) isto aqui não se trata de fazer pensos, trata-se de abordagem de pessoas do ponto vista completo, global, e é daí que nascem os resultados, não é dos pensos que nascem</i>	<i>“tudo isso dessa avaliação que encaixava, como a gente costuma dizer by the book, numa ferida maligna”</i>	

	<p>resultados(...) ferida cirúrgica que cronificou, mais de 6 semanas, que tinha uma ileostomia no meio, portanto estamos a falar de 22 por 12, com uma ileostomia altamente funcionante, no meio, com agravante de o Sr. ter um síndrome de mal absorção, porquê? Porque a luz intestinal era curta, portanto a capacidade também de ele absorver os alimentos era muito diminuta (...)”E6</p>		
	<p>“(...)numa ferida resultante de uma neoplasia da mama(...)de facto com um tecido de granulação, uma ferida que passou por várias fases, desde de mais exsudativa, menos exsudativa, e com fases em que o odor incomodava e dor com fases mais controladas e foram cíclicas(...)”E8</p>	<p>“ferida resultante de uma neoplasia da mama”</p>	
	<p>“Tive um utente que caiu, fez um traumatismo da região gemelar com um grande hematoma muito extenso (...)fez uma necrose extensíssima da região gemelar, e fez uma grande infeção(...)mas ficou com uma ferida muito grande, fico com uma ferida, não me recordo bem, mas teria 15/16cm da região posterior da perna, portanto toda aquela região gemelar por ali fora, profundíssima porque foi todo o hematoma que eles retiraram(...)tinha uns sapatos novos e fez uma lesão na região maleolar(...)”E9</p>	<p>“tinha uns sapatos novos e fez uma lesão na região maleolar”</p>	
Construção da decisão em equipa multidisciplinar	<p>“(...)tentou-se mudar o tratamento já com a opinião de outra colega ahh que tinha conhecimentos sobre feridas complexas(...)fomos consultar outro colega com experiência também na área da feridas, que foi um colega que está na organização do curso das feridas no hospital, e então aí abordagem foi uma abordagem total (...)falou-se com a médica e institui-se não é zinco, vitaminas de..., que tem um dos suplementos proteicos (...)faz parte de um tipo “fortimel” próprio que até tinha sido já receitado pelo médico(...)também instituída terapêutica já não me recordo, mas provavelmente ainda fez um tempo de antibiótico porque a articulação neste local de trabalho era muito boa com o médico então, foi fácil trazer as recomendações do colega e fazer ou levar a médica a receitar e a fazer(...)somos muito próximos ali naquela instituição portanto abordagem dos médicos, eu não posso garantir que foi feita logo, mas à partida foi feita(...)mudanças de decisão suportadas por pessoas da área com conhecimentos especializados(...)saliento aqui a intervenção de várias pessoas neste processo(...)”E1</p>	<p>“mudar o tratamento já com a opinião de outra colega(...)saliento aqui a intervenção de várias pessoas neste processo”</p>	8
	<p>“(...)colega até me chamou e perguntou se eu tinha experiência em termos de feridas neste caso</p>	<p>“a decisão foi em equipa”</p>	

	<p>de úlceras de pressão e eu disse que tinha alguma, e então ela pediu-me se eu podia observar, eu estive a ver com ela, ela perguntou-me a opinião, eu dei-lhe a opinião na altura(...)tentei explicar qual seria dentro aquilo que eu conhecia de materiais que existissem no hospital, qual era o que talvez fosse o mais adequado para aquelas feridas(...)também houve a colaboração da (...)coordenadora (...)e ela também foi chamada, também veio observar, eu expliquei exatamente o que tinha explicado à colega(...)colega até me perguntou se eu podia colaborar na execução dos pensos, e explicar um “bocadinho” porque não tinha formação e eu tinha tido a formação há pouco tempo e tinha mais experiência daquilo que podemos perceber entre a nossa conversa informal, entre as duas, ela pediu-me ajuda e de facto tivemos duas a fazer os pensos, e fomos decidindo sempre falando uma com a outra, o que é que te parece a ti, o que é eu te parece aqui, ali, nesta e naquele (...)a decisão foi em equipa, não foi multidisciplinar na altura mas foi de várias pessoas, inclusive até da coordenação(...)”E3</p>		
	<p>“(...)se for um infeção que eu acho que é sistémica, articulo com o médico para ponderar antibiótico(...)”E4</p>	<p>“articulo com o médico para ponderar antibiótico”</p>	
	<p>“(...)que como não há uma comunicação interdisciplinar e mesmo dentro da nossa equipa de enfermagem (...) mas não haver um senso comum de que vamos todos trabalhar neste sentido, ou seja, no mesmo sentido e se este caminho não resultar, ok então aí vamos ouvir outros colegas e vamos tentar de outra maneira, outra abordagem, mas isso não acontece e muitas vezes feridas que se calhar fecham em três meses, se calhar fechavam mês e meio, e depois é outra qualidade para doente para aquela família e tudo mais, e às vezes no tratamento de feridas isso causa-me muita frustração (...)a equipa médica que muitas vezes não quer ouvir os enfermeiros, ou então ouve e não valoriza(...)em questões de ferida há um grande atrito, eu sinto que há médicos que nos pedem opinião para tomar decisões, sinto isso e sei disso, mas depois há outro tipo de cirurgias que não importa(...)”E5</p>	<p>“não há uma comunicação interdisciplinar e mesmo dentro da nossa equipa de enfermagem”</p>	
	<p>“(...)fomos chamados a intervir pelos enfermeiros e médicos do piso (...)que até fui eu que elaborei, em ajuda e interajuda, em equipa, com todos nós aqui nos cuidados continuados (...) essencialmente por achar uma grande ausência</p>	<p>“fomos chamados a intervir pelos enfermeiros e médicos do piso”</p>	

	<i>de trabalho multidisciplinar, ou seja, aquele trabalho entre a equipa, com os vários técnicos é muito difícil, muito difícil (...)torna-se difícil o trabalho entre equipa, por exemplo, na úlcera de perna (...)"E6</i>		
	<i>"(...)temos tido alguns situações que às vezes até se pede o apoio vosso com formação nesta área e outros colegas não é, ou até mesmo depois da parte da cirurgia ou da dermatologia, se bem por vezes aquilo que eles prescrevem em termos de cirurgia não vai muito de acordo com aquilo que em termos da parte da equipa de enfermagem está, em termos de formação, aquilo que está instituído ou deveria estar instituído, porque nós sabemos que ainda há muitos médicos que falam no soluto de dakin e isso está cada vez mais em desuso (...)"E7</i>	<i>"situações que às vezes até se pede o apoio vosso com formação nesta área e outros colegas não é"</i>	
	<i>"(...)a tomada de decisão passava por uma partilha em equipa (...)nós partilhávamos, e acho que a riqueza vem de a opinião de um em conjunto com aquilo que outro e com formação que pudéssemos ter feito ao nível, nem que fosse até de cursos mais em termos de feridas, de materiais que se possam aplicar em feridas vinham a beneficiar o facto de pudermos pelo menos ensaiar a aplicação e todos nós de acordo mantê-la durante algum tempo e testar se estávamos de facto com os nossos conhecimentos, e tínhamos aprendido e em conjunto com a equipa a tomar a decisão(...)e só se alteraria depois de termos uma discussão entre pares, enfermeiros(...)podia também juntar o médico com certeza, que fazia uma avaliação mais pontual, mais espaçada e que observava também as características daquele tecido, mas em termos de materiais essa decisão é claro sempre muito mais do enfermeiro do que propriamente do médico, pode ajudar numa altura em que pode intervir na medicação coadjuvante, mas basicamente a decisão passa por nós e a partilha entre pares também é importante, porque também foi importante muitas vezes para decidirmos vamos passar a executar com ou vamos passar a fazer de 3 em 3 dias, vamos alargar ou vamos diminuir este intervalo, portanto a decisão também passa pelo facto de se partilharem as coisas entre a equipa."E8</i>	<i>"tomada de decisão passava por uma partilha em equipa"</i>	
	<i>"(...)também tentamos que possa ser mais ou menos duas pessoas a ir acompanhando a situação, para que depois também se posso trocar informação e partilhar a decisão porque às vezes é difícil, há coisas que não recordamos que não nos lembramos e hipóteses que não nos</i>	<i>"partilhar a decisão"</i>	

	<i>lembramos de colocar, portanto eu acho que é importante partilhar com outra pessoa (...)as coisas têm que ser muito partilhadas.”E9</i>		
Planeamento de intervenções	<i>“(...)foi avaliada alimentação foi avaliada, ah portanto, a hidratação ahh foi avaliado, prontos os posicionamentos não, essa parte já tinha sido bastante trabalhada (...)foi-se validar qual era a dieta que estava a fazer, a dieta que estava instituída era uma dieta personalizada completa ahh rigorosa (...)”E1</i>	<i>“foi-se validar qual era a dieta que estava a fazer”</i>	6
	<i>“(...)portanto a qualquer momento eu estou a fazer um penso e de repente posso ter que parar simplesmente de fazer este penso a meio, e deixar a pessoa descoberta, e ter que ir socorrer alguma outra situação, ajudar um colega, ajudar um outro doente, o doente do lado que não está bem(...)porque a urgência é um serviço onde se primazia o salvar a vida(...) mas pelo facto serem tão extensas até era fácil fazer um tratamento misto, porque as áreas eram muito amplas e portanto no tecido desvitalizado até se conseguia colocar um produto que ajudasse a desbridar e o no restante na granulação portanto outro tipo de produto que favorecesse a granulação e a posterior epitelização (...)portanto isto foi pedido(...)ela cedeu muito bem ao pedido, fez logo imediatamente o telefonema para a farmácia, porque este material de penso não existia no serviço de urgência, portanto foram buscar e passado 10min no máximo o material já estava connosco para podermos fazer os pensos(...)”E3</i>	<i>“telefonema para a farmácia, porque este material de penso não existia no serviço de urgência, portanto foram buscar e passado 10min no máximo o material já estava connosco para podermos fazer os pensos”</i>	
	<i>“(...)mas depois a nível de compressão que era o que realmente ajudaria, ou avalio a situação económica da pessoa e a pessoa, até pode comprar ela o kit de compressão ou então temos que fazer com as ligaduras que temos, que não são adequada para o caso, portanto temos que ponderar, pergunto se a pessoa tem possibilidade de comprar, pergunto se o centro de saúde tem, por vezes os centros de saúde acabam por ter um “bocadinho” mais de material do que nós temos(...)”E4</i>	<i>“avalio a situação económica da pessoa e a pessoa, até pode comprar ela o kit de compressão ou então temos que fazer com as ligaduras que temos”</i>	
	<i>“a literatura é muito omissa, em que não existem nem estudos de caso, nós procuramos e não encontramos (...) e então foi um grande desafio que nos proporcionou também nós próprios crescermos e estudarmos mais um pouco(...) é obvio que muito antes de pensarmos lidar com a lesão, do ponto vista, tivemos que lidar com a parte da alimentação, como é que eu vou fazer com que esta pessoa se alimente por aquele</i>	<i>“fizemos uma pesquisa muito apurada dos produtos que haveria”</i>	

	<p><i>intestino curto, que absorva os nutrientes suficientes para se abastar a si próprio e também para ultrapassar aquela cicatrização, requer proteínas, requer zinco, requer todos os produtos necessários à cicatrização (...) fizemos uma pesquisa muito apurada dos produtos que haveria, desde a carboximetilcelulose em pó, desde a pasta de carboximetilcelulose também, ahh vido a não haver estudos de caso que nos fundamentassem em práticas já realizadas, começamos nós a tentar cruzar alguma da nossa experiência com alginato de cálcio, por exemplo na granulação, pó não aderente na epiteliação (...)"E6</i></p>		
	<p><i>"(...)tínhamos que avaliar a ferida, avaliar em que fase é que estávamos do tal exsudado, se tivéssemos com menos exsudado talvez pudéssemos alargar um "bocadinho" este prazo, de nova execução do penso, sem passar aquele limite que nós considerávamos interessante ou adequado, no sentido de não podemos se calhar também deixar de ter contato visual com aquela ferida durante mais que x dias porque se não também corríamos o risco de que as coisas também nos surpreendessem não é, que houvesse ali uma evolução que pudesse não ser no sentido favorável e nós chegássemos ali um "bocadinho" mais tarde do que devíamos, evidentemente que se aqueles critérios básicos do repassado ou do descolado implicam sempre ter que voltar a olhar para o penso (...)"E8</i></p>	<p><i>"tínhamos que avaliar a ferida, avaliar em que fase é que estávamos do tal exsudado, se tivéssemos com menos exsudado talvez pudéssemos alargar um bocadinho este prazo, de nova execução do penso"</i></p>	
	<p><i>"(...)vamos experimentar uma coisa que nunca experimentei que é tentar refazer aqui uma terapia compressiva de forma a estimular ao máximo o retorno venoso (...)"E9</i></p>	<p><i>"é tentar refazer aqui uma terapia compressiva de forma a estimular ao máximo o retorno venoso"</i></p>	
Implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados	<p><i>"(...)Sras. auxiliares começaram a por uma "pomadinha", um óxido de zinco, depois nós começamos atuar (...) portanto levou ali um tempo de ensino (...) optámos por placa hidrocolóide (...)ficou com uma perfusão continua de água por PEG (...)alterámos o produto a aplicar (...)"E1</i></p>	<p><i>"optámos por placa hidrocolóide"</i></p>	6
	<p><i>"(...) os pensos eram feitos quase todos os dias porque era muito difícil com a higiene, com os posicionamentos com o suor, esta Sra. era muito difícil os pensos e eles acabavam também por repassar e em alguns locais e depois tinham que ser todos retirados, porque por exemplo as costas, a zona dorsal era só um penso, nós colocávamos o material de pensos sobre as feridas e depois na</i></p>	<p><i>"material de pensos sobre as feridas e depois na altura cobria-se com as compressas e punha-se uma moldura de</i></p>	

	<i>altura cobria-se com as compressas e punha-se uma moldura de adesivo, e ficava as costas todas tapadas e portanto depois para se fazer um tinham-se que se fazer praticamente todos porque tinham que ser destapados(...)"E3</i>	<i>adesivo"</i>	
	<i>"(...)portanto o que eu tento fazer é com o material que eu tenho, ver se tem por exemplo uma infecção, muitas vezes aparecem com feridas infectadas, tento pôr um antimicrobiano tópico(...)"E4</i>	<i>"feridas infectadas, tento pôr um antimicrobiano tópico"</i>	
	<i>"(...)presidio aquilo que nós decidimos pôr-lhe que foi o protocolo (...) decidimos partir para esse protocolo da ferida maligna (...)portanto encaminhamos o Sr. como deves de calcular, para unidade da dor, e iniciou-se o controlo da sintomatologia, desde a dor, desde o desconforto, desde o odor, até coisas como a depressão, síndrome depressivo, a não aceitação do estados de saúde, tudo isso foi trabalhado (...)"E6</i>	<i>"decidimos partir para esse protocolo da ferida maligna"</i>	
	<i>"(...)e portanto até tentávamos pôr lá o penso de forma a que se ajustasse este critério todo, ou seja, se não houver uma necessidade diária, digamos assim, era tentar evitar que assim seja, era fazê-lo de tal forma que em termos da sua estabilidade quer a pôr os adesivos, quer tudo o que utilizávamos ele se pudesse manter integro, e não fosse esse o motivo que ela às vezes associava algum cuidado, algum enfermeiro menos correto que obrigasse a que o penso fosse refeito mais cedo do que aquilo que tínhamos programado e acordado com a Sra., portanto era tentar cumprir, no fundo personalizar e ver as necessidades para chegarmos aqui claro(...)nesse sentido tive algumas situações até com ela, aliás eu conquistei a Sra., a permitir que fosse um homem a fazer penso porque era uma noite em que só estava eu de serviço o penso descola-se e está repassado, a Sra. chamou o auxiliar que vai atender a campainha e verifica que o penso está naquele estado e o único enfermeiro que havia para ser chamado era eu, naquele dia naquela hora portanto a Sra. teve que me deixar vê-la do ponto de vista da sua exposição corporal e ter-me deixar executar o penso porque ele tinha necessidade de ser refeito e ali não havia alternativa a partir do momento em que eu executei a primeira vez e que a Sra. achou que no critério dela eu tinha trabalhado bem, eu tinha executado bem, tinha ficado com o penso com adesivo e com aqueles critérios todos que ela queria e eu pude de forma de rotina, iniciar a ser mais um a quem ela deixava chegar ao pé dela e</i>	<i>"o penso de forma a que se ajustasse este critério todo"</i>	

	<p><i>fazer aquele penso(...)relativamente à decisão foi sempre oscilando relativamente à evolução do tecido, da quantidade de exsudado já disse, a dor, estes critérios básicos de estar descolado ou não (...)a Sra., pelos menos algumas colegas, inicialmente algumas colegas do sexo feminino, também eram essas colegas que faziam maioritariamente o penso de forma rotineira(...)”E8</i></p>		
	<p><i>“(...)que foi ao hospital e voltou (...) voltamos a enviá-lo (...)porque nós não temos possibilidade de fazer um desbridamento cirúrgico (...)eu fiz uma pressão muito grande para que o Sr. fosse ao hospital(...)a necrose e o hematoma estavam de tal modo organizados que precisávamos que se removesse toda aquele material necrosado para que ele começasse a cicatrizar (...)conseguimos ir tomando decisão em termos de material que íamos utilizando, inicialmente utilizamos um material muito absorvente, com pensos diários por causa da família, porque os primeiros 15 dias foram pensos quase diários porque a família estava assustadíssima com aquela ferida e depois acabamos com o penso uma vez por semana e que terminamos com o Sr. com uma meia, uma meia compressiva (...)eu utilizei tudo quanto era material que eu achei que era adequado aquela situação desde o mais novo ao mais velho, desde o mais experiente desde o novo que os laboratórios nos diziam e ele dizia “eu costumo dar-me sempre muito bem quando eu ponho aquela pomadinha(...) coloquei tudo o que tinha disponível, mais dias menos dias, tudo até que um dia pus halibut e a ferida fechou (...)”E9</i></p>	<p><i>“coloquei tudo o que tinha disponível, mais dias menos dias, tudo até que um dia pus halibut”</i></p>	
<p>Avaliação final dos resultados esperados</p>	<p><i>“Na zona do ísquion, muito difícil de se conseguir tratar (...) e percebemos pronto que aquilo não podia ser, mas como se continuava ser aplicado creme cada vez que se queria retirar ainda se fazia mais fricção (...)mas como aplicação veio a ser feita por mim por exemplo e por outra colega com menos experiência, então estávamos aplicar um apósito ahh e interioriza-lo muito na zona de cavitação/tunelização e o apósito absorvia o exsudado e simultaneamente não permitia que os tecidos comesçassem a crescer ahh com o tempo foi, pronto a lesão continuava a aumentar e a preocupação também(...)mas que se veio a perceber que não estava a ser cumprida, então fazia menos refeições não era colocado o azeite, ahh nem o ovo, ou natas, pronto a dieta não estava a ser cumprida (...)portanto a introdução da água foi fundamental, com o tempo o</i></p>	<p><i>“bons resultados assim, com empenho a todos os níveis”</i></p>	<p>6</p>

	<p><i>tratamento ahh, portanto a pele perilesão tava muito danificada(...)deu-se um salto muito positivo portanto marca-se aqui a instituição de terapêutica sistémica, a mudança de tratamento, a mudança de tratamentos à pele, a instituição de água e mais tarde a instituição de nozes na refeição e então começa haver um aumento de toda a massa corporal a todo o nível e portanto a lesão veio a encerrar-se e passado bastantes meses não sei se não terá durado um ano, mas não voltou a ser uma zona preocupante (...)as ex-lesões são sempre locais preocupantes, mas a pele não voltou a manifestar características de fragilidade aumentada para além do facto ter sido uma pele cicatrizada(...)foi muito difícil mudar hábitos (...)e que se conseguiu bons resultados assim, com empenho a todos os níveis(...)”E1</i></p>		
	<p><i>“(...)tivemos sensivelmente uma hora e meia a fazer os pensos porque era mesmo uma extensão muito grande, ahhh e de facto correu bem(...)de facto não conseguimos ver digamos o efeito final deste tratamento porque a Sra. acabou por falecer por outras razões(...)”E3</i></p>	<p><i>“e de facto correu bem”</i></p>	
	<p><i>“(...)lembro-me que da primeira vez que ela foi ao bloco fazer o primeiro enxerto, a equipa de enfermagem comentar que achavam que aquilo não ia dar a lado nenhum, ou seja, que não ia ser eficaz, que não percebíamos a teimosia da parte da equipa médica em querer levar a Sra. ao bloco, quando podíamos primeiro fazer uma boa limpeza e tentar pelos nossos métodos, digamos assim, tentar avançar um pouco naquela granulação para depois então ir ao bloco (...)foi uma doente que me custou um bocadinho acompanhar, depois é chato porque nós estamos sempre a trocar de setor e não conseguimos acompanhar bem estas doentes, e penso que ela ainda foi mais duas vezes ao bloco, porque depois nada resultava (...) foi uma doente que felizmente passado meses conseguimos, não fechou na totalidade, mas evolui muito e bem, tenho a certeza que, depois a Sra. também teve alta, tenho a certeza que depois nos cuidados continuados devem ter continuado um bom trabalho porque já estava muito menor e já não tinha nada haver, já tinha uma boa capacidade para cicatrizar na totalidade(...)”E5</i></p>	<p><i>“não fechou na totalidade, mas evolui muito”</i></p>	
	<p><i>“(...)conseguimos que ele saísse, fosse ao café, lida-se com a sua filha de 7 anos, volta-se a ter algum papel de pai (...) portanto a relação de ajuda, ajuda mesmo muito as pessoas a ganharem alguma autonomia e aceitação do estado de saúde, porque era necessário, foi necessário que</i></p>	<p><i>“acho que fizemos um bom trabalho”</i></p>	

	<p><i>ele iniciasse outro tipo de tratamentos, e assim aconteceu. (...)é óbvio que como pessoa jovem que é, tem uma capacidade vital que nos permite trabalhar estas coisas, acho que fizemos um bom trabalho. (...)correu bem, este Sr. anda aí a fazer a sua vida, aquilo é uma autêntica obra de arte, como podes calcular a cicatriz que ficou não foi propriamente lisa nem própria portanto, aquilo no fundo nós ensinamos tanto a ele como à esposa e considero aquilo uma autêntica obra de arte, ele hoje em dia faz a obra de arte com a esposa e está perfeitamente autónomo e cicatrizamos a lesão, e proporcionamos o autocontrolo intestinal e adequamos também a sua absorção de nutrientes.”E6</i></p>		
	<p><i>“(...)sendo eu homem foi interessante também ter esta conquista (...) eu acompanhei esta ferida durante anos e todos estes ciclos aconteceram(...)nesse sentido também foi interessante do ponto de vista pessoal(...)”E8</i></p>	<p><i>“sendo eu homem foi interessante também ter esta conquista”</i></p>	
	<p><i>“(...)conseguiram fazer uma limpeza cirúrgica naquele homem muito bem feita(...)o Sr. veio com indicação de fazer penso diário com, não sei se era com soluto de dakin ou com inadine, era assim uma coisa dessas(...)meteu-se o fim de semana, o Sr. também recorreu a outro enfermeiro privado para lhe fazer o penso(...)como tinha limpo toda aquela necrose que estava presente, eu tinha tecido subcutâneo bom, mas muito exsudativo, e foi uma decisão importante porque coloquei uma ligadura, fiz o IPTB ele tinha uma bom retorno arterial, e coloquei um material bastante absorvente do exsudado, e fizemos uma terapia de curta tração naquele membro e acho que foi de facto uma boa decisão naquela altura(...)o Sr. tinha alguma comorbilidades, ele tinha tido uma tuberculose óssea e tinha uma anemia por uma insuficiência renal, tinha uma alteração renal, portanto tinha qui uma série de circunstancias que influenciavam, de qualquer forma mantivemos a anemia, mais ou menos estável, fizemos bastante reforço alimentar com todos os cuidado também por causa do rim, e era ali assim um balanço difícil entre manter uma hemoglobina boa e manter um rim a funcionar e penso que não me recorde bem, mas talvez uns 5meses e conseguimos que aquele membro, aquela ferida cicatriza-se, era uma ferida muito extensa, muito muito grande, tinha aquela vantagem que era a origem da ferida não era uma, insuficiência arterial ou uma insuficiência venosa ou isquémia,</i></p>	<p><i>“e este acho que foi uma caso de sucesso, foi um caso que nós todos tivemos sucesso”</i></p>	

	<i>tinha sido uma coisa traumática e que embora tenha feito isquémia, necrose, por causa daquele hematoma muito extenso depois conseguimos uma boa evolução, conseguimos uma boa evolução inclusive o Sr. só fez aquele antibiótico inicial, depois a ferida não infetou mais, conseguimos manter a ferida bem (...)e este acho que foi um caso de sucesso, foi um caso que nós todos tivemos sucesso(...)mas a verdade é que o tecido levou tanto tempo a cicatrizar que não consegui cicatrizar(...)"E9</i>		
Continuidade dos cuidados	<i>"(...)é que a equipa, porque obviamente não eram sempre as mesmas pessoas a fazer os pensos (...) seguiram o tratamento(...)foi agradável ver que a equipa seguiu todo este tratamento e fez um esforço(...)"E3</i>	<i>"seguiram o tratamento"</i>	5
	<i>"(...)que é uma das dificuldades que eu tenho que é, nós não acompanhamos muito a evolução da pessoa, a pessoa quando vem ao hospital está a ser tratada noutro sítio e não vem carta de transferência, não há informação, a única informação que nós temos é olhar para o penso e ver o que é que já foi feito, e a informação verbal que a pessoa nos diz(...)"E4</i>	<i>"não vem carta de transferência, não há informação"</i>	
	<i>"(...)por mais nós tenhamos uma folha de registo, em que o colega x regista o penso foi feito hoje com o tal apósito, caracteriza a ferida e daqui a 3 dias vamos voltar a fazer o penso, e depois daí a 3 dias o colega vais e diz "isto está péssimo, isto não está a resultar" e depois muda o tratamento, lá está a continuidade de cuidados é uma coisa muito chata de lidar, porque muitas vezes não existe, por mais se tente que determinado enfermeiro fique com aquele doente é difícil porque é uma equipa muito grande, eu falo do meu serviço porque nós somos cerca 50 enfermeiros portanto é um serviço grande, uma equipa grande, que estamos sempre a rodar de setores, eu num dia posso estar no setor das mulheres no outro dia já posso estar a fazer uma semana inteira noutro setor e depois tudo isto causa-me uma certa confusão (...)depois lá está cada um tem o seu tipo de trabalho, o seu método de trabalho diferente, às vezes ajuda outras vezes não ajuda(...)"E5</i>	<i>"o colega x regista o penso foi feito hoje com o tal apósito"</i>	
	<i>"(...)mantendo uma linha condutora para a Sra. que fosse continua e que fosse igual, fosse quem fosse que tivesse a fazer aquele penso(...)"E8</i>	<i>"mantendo uma linha condutora"</i>	
	<i>"(...)que nós tentamos que os cuidados sejam prestados mais ou menos sempre pela mesma enfermeira, no máximo por dois enfermeiros e foi o caso aqui, habitualmente tentamos partilhar</i>	<i>"este continuo do acompanhamento da mesma situação também,</i>	

	entre duas pessoas o acompanhamento de um caso, para que não seja hoje vem um e faz de uma maneira, amanhã outro faz de outra maneira, não sabemos muito bem como é que estava portanto não tomamos a decisão do que é que havemos de fazer, este continuo do acompanhamento da mesma situação também, nos permite tomar decisão, porque se eu vir hoje e vir amanhã e vir no outro dia eu sei a evolução, e sei o que fiz(...)este acompanhar é importante também na tomada de decisão(...)se eu vir todos os dias(...)se não houver um contínuo de cuidados não é possível haver tomada de decisão adequada ou eu tomo daquilo que eu acho, daquilo que eu acho em termos teóricos mas depois pode não ser aquilo que se adapta ao próprio doente, não tem o mesmo resultado(...)”E9	nos permite tomar decisão”	
Incentivo ao autocuidado do cliente e família	“(…)fazemos os ensinamentos adequados para a pessoa perceber que depois à toda uma série de cuidados que se tem que ter com aquela perna e como é que é a nível dos cuidados de higiene, e nível de alimentação como é que ela se deve alimentar.”E4	“fazemos os ensinamentos adequados para a pessoa perceber”	3
	“(…)conseguimos não só fazer todos os ensinamentos e instrução e treino sob alimentação mas também do autocuidado da incontinência intestinal, não é, autocontrolo(…)”E6	“conseguimos não só fazer todos os ensinamentos e instrução e treino sob alimentação mas também do autocuidado da incontinência intestinal”	
	“(…)antes da meia, ainda terminamos em ensinar a filha a colocar ela própria uma ligadura numa fase em que já estávamos só a precisar de manter o retorno, com a filha a colocar, ensinar a filha a colocar uma ligadura ao pai(…)”E9	“ensinar a filha a colocar ela própria uma ligadura”	
Categoria – Ausência do processo de enfermagem			
Subcategoria	Unidade de Contexto	Unidade de Registo	UE
Decisão não deliberada	“No entanto, e antes de o fazer, e também porque se calhar de alguma falta desta fundamentação, ahh muitas das vezes fazia, não quero dizer que isso não seja feito também, mas ou ainda também, mas fazia muito mais por tentativa e erro (...)”E2	“não quero dizer que isso não seja feito também, mas ou ainda também, mas fazia muito mais por tentativa e erro”	2
	“(…)tomada de decisão... nunca refleti muito sobre isso, é engraçado, porque também as nossas decisões são em segundos, não é, e às vezes é tudo muito automático, às vezes automático de mais (risos) ahh porque torna-se	“são aquelas decisões automáticas que nós tomamos”	

	<p>tudo tão automático ao longo do tempo que é engraçado refletir-se sobre isso (...)depois o fator tempo, stress (...)depois com todo o trabalho que temos de gerir, porque se eu num turno estou com 20 doentes a meu cargo, 20 doentes é de mais! Como é que eu posso tomar decisões que muitas vezes eu tomo decisões que sei que não são se calhar as mais adequadas para aqueles doentes mas naquele momento é o melhor, se tenho tanta coisa para fazer é o melhor (...)isto tudo torna-se um “bocadinho” frustrante também, mas tomadas de decisões tomamos assim não é, muito rapidamente (...)eu estou num serviço que infelizmente o rácio enfermeiro/doente é ridículo, peço desculpa o termo mas é, portanto nos andamos sempre num “lufa-lufa” e as nossas decisões muitas vezes são aquelas decisões automáticas que nós tomamos(...)por vezes temos colegas que gostam do “vamos experimentar” e quando nós estamos a seguir uma determinada linha de tratamento, isto na minha opinião, o “vamos experimentar” de turno para turno ou de dois em dois dias, não resulta e uma coisa que não depende de cada um, depende da equipa, uma coisa que tem que ser discutida em equipa, o vamos experimentar não resulta se é um tratamento que eu estou a seguir há dois dias, “ahh não estamos a ver resultados, então vamos por outro apósito ou vamos limpar isto de determinada maneira”, depois é claro que as idas ao bloco não vão ajudar se a própria equipa de enfermagem também não ajuda neste sentido (...)se calhar podia ter sido, podia ter corrido exatamente igual, se não tivéssemos inventado mil um apósito e mil um solutos, se calhar seria igual, teria corrido na mesma(...)”E5</p>		
Orientação de outro profissional	<p>“Quando o médico nos diz, lá está a nossa tomada de decisão fica por ali, não é, não há muito que nós possamos fazer (...)ahh se o médico deixa à consideração, então o que eu faço é (...)se o médico prescreve algum tipo de penso nós podemos contrapor mas está prescrito e tem que se fazer, portanto ou o médico muda de opinião ou então é o que se tem que fazer(...)”E4</p>	<p>“Quando o médico nos diz, lá está a nossa tomada de decisão fica por ali”</p>	3
	<p>“(…) quando é par ir para o bloco é para ir para o bloco e não há mais nada a dizer, outras vezes é eficaz, outras vezes não é eficaz (...)”E5</p>	<p>“quando é par ir para o bloco é para ir para o bloco e não há mais nada a dizer”</p>	
	<p>“(…)tentei fazer exatamente como tinha prescrito(...)”E9</p>	<p>“fazer exatamente como tinha prescrito”</p>	

ANEXOS

ANEXO I

Aprovação da Comissão de Ética do Instituto Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PARECER

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 24 de Maio de 2013 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado **"Factores que contribuem para a tomada de decisão dos enfermeiros no cuidado à pessoa adulta com ferida crónica"** de Raquel Marques Silva.

Analisado do ponto de vista ético o projecto de tese não suscita objecções à sua realização.

Foi, em consequência deliberado, por unanimidade, que não se identificam objecções éticas que impeçam a aprovação deste projecto.

Lisboa, 24 de Maio de 2013

Dra. Paula Martinho da Silva
(Presidente da Comissão)